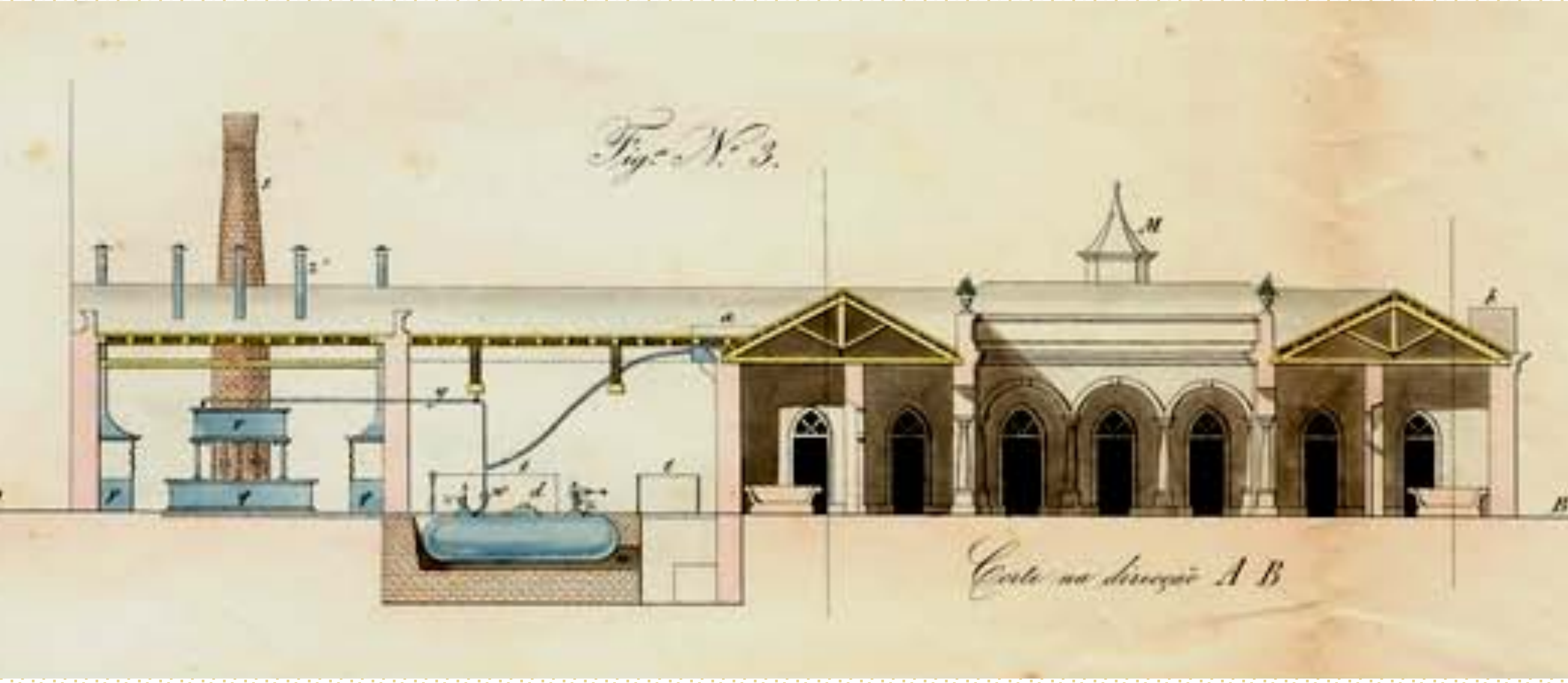


José Manuel Morgado Pereira

A Psiquiatria em Portugal
Protagonistas e história conceptual (1884-1924)

Tese de doutoramento em Altos Estudos em História, Ramo Época Contemporânea, orientada pela Professora Doutora Ana Leonor Pereira e pelo Professor Doutor João Rui Pita e apresentada ao Departamento de História, Estudos Europeus, Arqueologia e Artes da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra

Setembro 2015

· U C ·

Universidade de Coimbra

José Manuel Morgado Pereira

A Psiquiatria em Portugal

Protagonistas e história conceptual (1884-1924)

Tese de doutoramento em Altos Estudos em História, Ramo Época Contemporânea, orientada pela Professora Doutora Ana Leonor Pereira e pelo Professor Doutor João Rui Pita e apresentada ao Departamento de História, Estudos Europeus, Arqueologia e Artes da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra

Setembro 2015

Tese de doutoramento em Altos Estudos em História, Ramo Época Contemporânea, orientada pela Professora Doutora Ana Leonor Pereira e pelo Professor Doutor João Rui Pita e apresentada ao Departamento de História, Estudos Europeus, Arqueologia e Artes da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. A investigação integrou-se no plano de atividades científicas do Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra - CEIS20 - (UID/HIS/00460/2013).

FLUC FACULDADE DE LETRAS
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

CEIS 20
CENTRO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DO SÉCULO XX
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FCT
Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

(UID/HIS/00460/2013)

Capa: Edifício do Balneário D. Maria II, o primeiro edifício construído de raiz em Portugal para tratamento de doentes com perturbação mental. Gravura de 1855.

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra e ao Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra, pela aceitação deste projecto e pelo acolhimento científico que sempre me foi dispensado.

À minha orientadora Professora Doutora Ana Leonor Pereira, pela firmeza compreensiva e confiança que sempre me testemunhou.
Ao meu coorientador Professor Doutor João Rui Pita, pelos conselhos e ajuda minuciosa e constante.
Sem o encorajamento contínuo e o desafio de ambos, esta tese nunca se teria concretizado.

Aos Arquivos e Bibliotecas consultadas, seus responsáveis e funcionários, nomeadamente a Biblioteca do Polo das Ciências da Saúde da Universidade de Coimbra, a Biblioteca Geral da Universidade de Coimbra, a Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, e a Biblioteca do Hospital do Conde de Ferreira, do Porto.

Aos colegas e amigos, de diferentes formações académicas, que me foram facultando ao longo dos anos, reflexões, indicações e referências bibliográficas, apontando autores e comentários, sugestões, críticas e recensões.

À memória dos meus pais, Felisbela e José.
À Conceição, pela ajuda, tolerância e companheirismo.
Ao Carlos, ao José Pedro e à Maria Clara.

RESUMO

O objectivo desta tese é o estudo da psiquiatria portuguesa no período da sua institucionalização, que entendi balizar entre 1884 e 1924, datas em que se publicaram obras que marcaram a evolução científica de uma disciplina que se constituíu lentamente entre nós. Começo por mostrar que na historiografia se diferenciam várias abordagens, desde as mais tradicionais valorizando os progressos médicos e humanitários, até às mais críticas que procuram desenvolver uma história social e institucional, apoiando-se nas ciências sociais e estudando principalmente o alienismo e a história das instituições psiquiátricas.

O trabalho é muito influenciado pela obra de German Berrios, que desde a década de oitenta tem levado a cabo uma história conceptual, que visa completar as abordagens externalistas, e que partiu da releitura dos clássicos da psicopatologia dos séculos XIX e XX, mostrando a evolução dos conceitos e construindo uma história cultural da psicopatologia. Estuda também o processo de formação dos sintomas, que surgem de interacções complexas entre os sinais cerebrais e a informação semântica.

Uma síntese do contexto científico-médico internacional mostra as descobertas e progressos da medicina, onde além da biologia se inicia no fim do século o estudo das formulações psicogenéticas e os apaixonados debates a que deram lugar. No contexto nacional, procuram-se resumir os processos de desenvolvimento e as principais características, destacando-se o papel dos protagonistas, as formas do ensino, os livros e as publicações periódicas, importantes na difusão e divulgação científica. Analisou-se a legislação que foi sendo publicada, os estabelecimentos hospitalares e sua história, com regulamentos, trabalhos publicados reflectindo as práticas, planos de reforma, com destaque para a reforma de 1911, e o início do ensino oficial da psiquiatria. A despeito destes avanços verificou-se que a legislação foi escassamente aplicada e os novos estabelecimentos, manicómios e colónias agrícolas, não foram construídos.

Os protagonistas, suas ideias e trabalhos publicados, constituem um dos principais capítulos desta tese, mostrando-se a diversidade de interesses e as divergências por vezes marcadas entre eles, independentemente do seu tempo histórico, atravessado por conflitos e crises sociais e políticas, mas de grande riqueza no plano das ideias. Se na primeira fase são

dominantes Miguel Bombarda e Júlio de Matos, arautos de correntes científicas e filosóficas oitocentistas, na segunda fase do período em análise, com Egas Moniz e Sobral Cid em primeiro lugar, renovam-se as ideias e as relações entre neurologia e psiquiatria, divulga-se uma atitude mais psicológica e psicoterapêutica, com novas classificações e autores.

A abordagem dos sintomas e doenças constitui outro grande capítulo em que se cruzam por vezes ideias diferentes consoante os autores e em que as mudanças conceptuais vão ocorrendo, balizadas por descobertas e reflexo de influências da literatura estrangeira, mas onde surgem trabalhos portugueses importantes, que são citados em livros e revistas, principalmente em França. Verificou-se com detalhe como das doenças analisadas resultou uma pluralidade evolutiva, falando-se por isso de doenças, síndromes, sintomas e patologizações, justificando uma perspectiva construcionista, no sentido de Berrios, com decomposição, fragmentação, recomposição ou manutenção de termos com alterações do conteúdo.

Enumeram-se também alguns trabalhos no domínio psicopatológico e psiquiátrico, com significado renovador, vindos do movimento psicodinâmico e da psicologia, mas também da filosofia e que influenciaram ideologicamente as ideias sobre as doenças mentais, independentemente do grau de importância posterior, maior ou menor, mas que alargaram a compreensão do facto psicopatológico.

Nas terapêuticas, procuram-se incluir as institucionais, destacando a importância central do asilo, cuja implementação sofreu grandes atrasos e limitações, depois no período final as tentativas frustradas de construir dispensários e colónias agrícolas. O tratamento moral, vindo da primeira metade do século XIX, mas por vezes utilizado posteriormente, é objecto de análise, tal como a hidroterapia, um tratamento de eleição como se constata nos livros de António Sena e Júlio de Matos. As terapêuticas farmacológicas são depois estudadas, recorrendo a livros, formulários, estrangeiros e nacionais, traduzindo a evolução dos conhecimentos e práticas, e suas principais utilizações, com predomínio dos hipnóticos e sedativos. Quanto à psicoterapia está presente no final do período em estudo, em referências principalmente de autores franceses, com as terapias de sugestão e de persuasão.

Conclui-se que a Psiquiatria se constituíu como especialidade médica em 1911, com o ensino oficial consagrando uma campanha que se iniciara na década de 1880. Inicialmente muito ligada à fisiologia, e à anatomopatologia, vai lentamente sendo enriquecida com atitude mais

compreensiva que reconhece a importância duma abordagem psicológica e depois do movimento psicodinâmico, já se vislumbrando no final do período a atenção a formas mais diversificadas de acolhimento institucional e tratamento, com alargamento pluridisciplinar e uma visão biológica mais integradora.

PALAVRAS-CHAVE: História da psiquiatria em Portugal; história conceptual; alienistas; história da ciência; história das doenças; cultura científica.

ABSTRACT

The aim of this thesis is the study of Portuguese psychiatry in the period of its institutionalisation, which I mark out between 1884 and 1924, dates in which works were published that marked the evolution of a scientific discipline that was slowly constituted among us. I start by showing that in the historiography various approaches are differentiated, from the most traditional, valuing the medical and humanitarian progress, to the most critical, seeking to develop a social and institutional history, leaning to the social sciences and especially studying the alienism and the history of psychiatric institutions.

This thesis is highly influenced by the work of German Berrios, who since the eighties has carried out a conceptual history, which is aimed at completing externalist approaches, starting from retelling of the classic psychopathology of the nineteenth and twentieth centuries, and showing the evolution of the concepts building up a cultural history of psychopathology. It also studies the process of formation of symptoms that arise from complex interactions between brain signals and semantic information.

A synthesis of the international scientific and medical context shows the discoveries and medical advances, where besides biology, the study of the psychogenetic formulations led to passionate debates at the end of the century. The development process and the main characteristics in the national context were summarised, especially the role of the protagonists, the teaching forms, books and periodicals, crucial in scientific dissemination and disclosure. The legislation which was being published, the hospitals and its history, with regulations, published works reflecting the practices, intentions of reform, especially the reform of 1911 and the beginning of the official teaching of psychiatry, were analysed. Despite these advances, the legislation was poorly applied and new institutions, asylums and agricultural colonies were not built.

The protagonists, their published ideas and works, constitute one of the main chapters of this thesis, showing the differences and diversity of interests, sometimes marked between them, regardless of their historical time, crossed by conflicts and social and political crises, but wealthy in terms of ideas. If in the first phase Miguel Bombarda and Júlio de Matos are dominant heralds of scientific and philosophical currents of the nineteenth century, in the

second phase of the review period, with Egas Moniz and Sobral Cid, new ideas emerged in what concerns the relationship between neurology and psychiatry, disclosing a more psychological and psychotherapeutic attitude with new classifications and authors.

The approach to symptoms and diseases is another major chapter in which different ideas and authors intersect, bringing about conceptual changes that are driven by new discoveries and by the influences of foreign literature. Here important Portuguese works also appear, which are cited in foreign books and magazines, mainly in France. It was found in detail how, from the analysed diseases, emerged an evolutive plurality, which brought about diseases, syndromes, symptoms and pathologisations, justifying a constructionist perspective, after Berrios, with decomposition, fragmentation, restoration or maintenance of terms with changes of their content.

Works in psychopathology and in the psychiatric field are also listed, some with refreshing meaning, coming from the psychodynamic movement and psychology, as well as from philosophy, which ideologically influenced mental illness, regardless of the degree of further importance, but that extended the understanding of the psychopathological fact.

In what concerns therapeutics, institutional therapeutics are included, emphasizing the central importance of asylum, the implementation of which suffered major delays and limitations, and at the final period failed attempts to build clinics and agricultural colonies. The moral treatment, from the first half of the nineteenth century, but sometimes used later in time, is the subject of analysis, as well as hydrotherapy, a treatment of choice as it appears in the books of António Sena and Júlio de Matos. Drug therapies are then studied, resorting to foreign and domestic books and forms, reflecting the evolution of practices and knowledge, and its main uses, with preponderance for hypnotics and sedatives. As for psychotherapy, it is present at the end of the period under study, mostly in references from French authors, with the therapies of suggestion and persuasion.

In conclusion, psychiatry was constituted as a medical specialty in 1911, with the official teaching ending a campaign that had begun in the 1880s. Initially closely linked to physiology and to pathological-anatomy, it was slowly enriched with the more understanding attitude that recognised the importance of a psychological approach. After the psychodynamic movement, as the attention to the most diverse forms of residential care and treatment were already emerging, multidisciplinarity and a more integrative biological vision emerged.

KEYWORDS: History of psychiatry in Portugal; conceptual history; alienists; history of science; history of diseases; scientific culture.

ÍNDICE

Índice de Gravuras

1. INTRODUÇÃO

A ideia de estudar a história da psiquiatria portuguesa, data da passada década de oitenta do século XX e foi sendo concretizada, regularmente, em paralelo com a actividade profissional de psiquiatra do Serviço Nacional de Saúde. Desempenhei esta especialidade médica desde 1983 até 2010 nos Hospitais da Universidade de Coimbra e depois no Hospital Sobral Cid, tendo também exercido os cargos de Chefe de Serviço, director do Internato Médico, director do Serviço de Reabilitação, director Clínico com a criação do Hospital de Dia; por fim, assumi o cargo de director do Hospital Sobral Cid. De 2010 até ao presente, tenho-me dedicado à história da psiquiatria de forma sistemática.

O interesse pelo período da República tem que ver com o facto de ser um período crucial para o desenvolvimento deste ramo da Medicina e sua institucionalização. Prende-se também com o valor excepcional dos protagonistas desta área científica neste período histórico. Por outro lado, sendo o actual período histórico em que vivemos um *tempo de desinstitucionalização* em que fui interveniente, é da máxima utilidade estudar o período da institucionalização, ou seja, o período que vai desde 1884 a 1924.

Foi entretanto necessário alargar o período inicialmente em análise de 1910 a 1926, demasiado limitado para a plena compreensão de uma problemática que começa muito antes, especialmente a partir do início da década de 1880. Os últimos anos da Monarquia são de grandes esforços para institucionalizar e reformar o ensino e as instituições da assistência, sendo 1910 um ponto de chegada de uma luta começada muitos anos antes. Por isso pareceu-me justo e necessário o alargamento para o período entre 1884 e 1924, mesmo assim com referências, principalmente anteriores e posteriores que considero significativas, sendo determinantes para uma história conceptual o ano de 1884, data da publicação do *Manual das Doenças Mentais* de Júlio de Matos, e o ano de 1924, data da publicação de *Classificação e sistemática geral das psicoses* e de *A vida psíquica dos esquizofrénicos* de Sobral Cid, que significam a incorporação no pensamento psiquiátrico do novo pensamento psicodinâmico e dos autores fundamentais da renovação do Século XX.

A tese começa por introduzir o tema, referindo depois alguns dos muitos trabalhos que sobre a *História da Psiquiatria* se têm publicado, podendo distinguir-se vários períodos no capítulo da historiografia. Podem ainda distinguir-se sob aquela designação, uma história das doenças

mentais, uma história institucional e uma história das ideias psiquiátricas, de significado diferente e cultivado muitas vezes por especialistas de distintas formações, tentando este trabalho abordar cada uma destas perspectivas.

Desde há mais de vinte anos que me dedico a estes assuntos, tendo começado por um contributo nas *Jornadas de Medicina na Beira Interior da Pré-História ao século XX*. Estas Jornadas, fruto do entusiasmo do professor e poeta António Salvado, e do médico António Lourenço Marques, realizam-se ininterruptamente desde 1989 em Castelo Branco e embora centradas na figura de Amato Lusitano, incluem a abordagem de variados temas de História da Medicina, no seu sentido mais lato, permitindo a estudiosos e investigadores de diferentes áreas das Ciências Humanas apresentarem os seus trabalhos e debaterem com pessoas de várias formações, levando à prática a interdisciplinaridade.

A primeira pessoa que me fez sentir a importância e até o fascínio da História da Psiquiatria, pela compreensão que permite do próprio presente e pelas ligações a uma história cultural, valorizando as mentalidades e as ciências sociais e humanas, foi o psiquiatra Manuel Lousã Henriques com quem aprendi e tenho continuado a aprender.

A pessoa que mais me estimulou depois a trabalhar sobre estes assuntos foi German Berrios, professor de Epistemologia da Psiquiatria em Cambridge, cujo conhecimento da história da psicopatologia e da psiquiatria, e das diversas tradições historiográficas é absolutamente assombrosa e cujo prestígio internacional é bem reconhecido. Teve a gentileza e a rara abertura de espírito de escrever a um quase desconhecido, de que ouvira uma referência, e não mais deixou de me incentivar positivamente, pondo-me em contacto com colegas de outros países, solicitando colaboração para informações ou recensões bibliográficas ou pedindo para organizar uma mesa-redonda sobre Historia da Psiquiatria na Península Ibérica. Em Agosto de 1993, fui a Londres participar num Encontro promovido pela European Association for the History of Psychiatry (EAHP), criada em 1990, apresentando o trabalho *The turning point in Portuguese Psychiatry in the First Decades of this Century*, tendo tido oportunidade de assistir a apresentações notáveis de especialistas que conhecia pelos trabalhos publicados, mas que pude ouvir e nalguns casos conhecer, com tudo o que significa de estímulo e progressão para os meus conhecimentos[1]. O contacto com Roy Porter e German Berrios, editores da revista *History of Psychiatry* e José Lazaro da Universidade Autónoma de Madrid, e outros colegas, acabou por conduzir à minha nomeação para o Comité Científico da E.A.H.P. em

[1] Dei notícia do encontro na Revista Crítica de Ciências Sociais, nº 38, (1993), pp.231-232.

dois mandatos sucessivos (1993-1999)[1], tendo apresentado comunicações nesses Encontros[2]. Estes encontros permitiram-me ouvir Otto Marx, Dora Weiner, Jean Starobinski, Gerald Grob, Jan Goldstein, Jacques Postel, Andrew Scull, Sander Gilman, John Burnham, Thomas Szasz, Edward Shorter, Georges Lanteri-Laura, George Rousseau, William Parry-Jones, etc. Estes contactos facilitaram a progressão dos conhecimentos, de referências, de livros e revistas, permitiram-me conhecer Guillermo Vidal em Madrid através de José Lazaro, nascendo aí a colaboração na Enciclopédia Ibero-Americana de Psiquiatria[3], em que redigi as entradas referentes às principais figuras históricas da Psiquiatria portuguesa. Em Julho de 1994 organizei por solicitação de German Berrios, para a Secção de História da Psiquiatria da Associação Mundial de Psiquiatria, o Simpósio "History of Psychiatry in the Iberian Peninsula", em Cascais[4], onde apresentei *The Development of Psychiatric Thought in Portugal*, com Lousã Henriques e Guimarães Lopes. Depois destes trabalhos pontuais foi no Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra (CEIS20), nomeadamente no Grupo de Historia e Sociologia da Ciência e da Tecnologia (GHSCT) que de uma forma mais sistemática iniciei o estudo destas matérias, numa vertente histórica e social e não só no âmbito médico, enriquecendo a minha formação teórica e prática, sem o que não teria podido desenvolver trabalhos, contactos e investigações anteriores e actuais. O que fui conversando, lendo e aprendendo, colaborando na organização dos encontros anuais e nas reuniões científicas da Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde (SHIS), durante anos, com João Rui Pita e Ana Leonor Pereira, nomeadamente, não podem ser facilmente descritos, tal a importância central que têm tido para mim e para a minha actividade. De referir ainda a minha participação no projecto do Centro de História da Cultura, FCSH da Universidade Nova de Lisboa e Fundação Calouste Gulbenkian: *Arte médica e inteligibilidade científica na Archipathologia de Filipe Montalto,* coordenado por Adelino Cardoso.

O papel dos historiadores da psiquiatria e dos psiquiatras que se aventuram na tarefa de historiadores parece bem distinta, mas a sua colaboração é necessária e o intercâmbio de

[1] Com Vincent Barras, Jacob van Belzen, German Berrios, Wenche Blomberg, John Burnham, Ian Dowbiggin, Eric Engstrom, Jacques Gasser, Angela Graf-Nold, Paul Hoff, Mario Lanczik, José Lazaro, Mark Micale, Roger Qvarsell, Patrick Vandermeersch, Joost Vijselaar, Matthias Weber e Dora Weiner.

[2] Londres em 1993, Munique em 1996, Zurique-Lausanne em 1999, Madrid em 2002.

[3] Vidal, G., Alarcón, R., Lolas, F. – Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatria. 3 Tomos. Micropedia Tomo I. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana, 1995.

[4] Simpósio integrado no European Regional Symposium of the World Psychiatry Association. Cascais, 10 a 14 de Julho de 1994.

informações enriquecedor. Têm diferentes sensibilidades perante as fontes, reflexo de diferentes formações, mas as distintas motivações e prioridades intelectuais só podem trazer mais complexidade e enriquecimento aos temas. Otto Marx escreveu em 1992 que os psiquiatras que façam história devem manejar os modelos historiográficos vigentes e os historiadores devem conhecer as realidades da prática psiquiátrica e da doença mental dos dias de hoje[1].

Um dos erros conceptuais mais frequentes é o anacronismo, que German Berrios definiu como o uso de categorias presentes para avaliar a documentação do passado e o desinteresse pelo contexto social e político[2]. O anacronismo pode chegar à utilização de categorias nosológicas actuais para diagnosticar quadros clínicos descritos em épocas anteriores, ou à valorização e desvalorização de certas práticas psiquiátricas do passado. Este anacronismo historiográfico é por vezes denominado interpretação "whig" da história[3]. Este anacronismo ou presentismo é frequente: o pensamento psiquiátrico actual é sempre o mais avançado, aquele a que se chegou graças ao desenvolvimento linear e progressivo da ciência psiquiátrica. É pois necessário contextualizar adequadamente os factos e os processos psiquiátricos: se soubermos que a famosa "libertação dos loucos", atribuída a Pinel e considerada o grande mito fundador da Psiquiatria não foi isolado, mas algo que se repetiu em muitos lugares da Europa coincidindo com as revoluções burguesas de fins do século XVIII e começo do XIX, percebemos que o nascimento da Psiquiatria ocorreu num contexto sociopolítico mais amplo. Todo o clima intelectual derivado do Iluminismo era comum a vários países do mundo ocidental e assim Chiarugi em Florença, William Tuke em York, Pinel em Paris e Benjamin Rush em Filadélfia, desempenharam de forma independente um papel semelhante no cuidar dos doentes mentais.

A historiografia tradicional que se desenvolve até aos anos de 1950 do século XX, é panegírica, enfatizando as grandes personalidades, as conquistas positivas, científicas ou filantrópicas: medicalização e humanização da loucura, uso de princípios científico-racionais, superação do obscurantismo e da superstição, etc., o que para alguns será uma legitimação

[1] MARX, Otto – "What is the history of psychiatry? II". History of Psychiatry. London: Alpha Academic. Vol. 3, nº 11 (1992), pp.293-301.

[2] BERRIOS, German – "La historiografia de la psiquiatria clinica: estado presente". In Un Siglo de Psiquiatria en España. Madrid: Extra Editorial, 1995. pp. 11-17.

[3] WILDE, C.B. – "Historiografia whig". In Bynum, Browne, Porter. Diccionario de historia de la ciencia. Barcelona: Editorial Herder, 1986. pp. 295-296.

científica e profissional da Psiquiatria[1]. A publicação do livro de Gregory Zilboorg A *History of Medical Psychology*[2] em 1941 é exemplar do interesse relevante que o tema começa a despertar, mas também do tipo de história proposta, ao traçar e seleccionar os desenvolvimentos da psiquiatria, que são elogiados ou criticados de acordo com o grau de antecipação ou rejeição da doutrina psicanalítica de Freud. Zilboorg era um psicanalista russo emigrado nos Estados Unidos da América e igualmente o conhecido livro de Alexander e Selesnick[3] publicado em 1966, não escapa a este mesmo viés metodológico. Também os prefácios aos livros e tratados de psiquiatria faziam com frequência resumos históricos centrados nas grandes figuras, no processo evolutivo dos maus-tratos e abandono para a humanização e a hospitalização[4].

Nas décadas de 1960 e 1970, inicia-se uma historiografia crítica, que se caracteriza pelo papel central das ciências sociais, o predomínio de análises externalistas, os pressupostos sociais e culturais e a loucura encarada como mito ou construção social, as instituições psiquiátricas encaradas como instrumentos de controlo social. Conforme escreveu Scull "… onde a tradição via o asilo como farol do progresso e da esperança,… passou a ver-se uma instituição repressiva; onde os médicos eram a autoridade científica e humana,… passaram a ser retratados como guardiões da ordem concentracionária, criadores de uma entidade mítica chamada doença mental"[5]. Em 1961 é publicado o livro *Histoire de la Folie à l'Age Classique* de Michel Foucault[6], que provocou um enorme interesse pelo tema, tendo desde aí vindo a desenvolver-se uma historiografia crítica sobre o universo asilar e a institucionalização dos doentes mentais, inicialmente com influências contra-culturais e do movimento antipsiquiátrico.

---

[1] SCULL, Andrew – "Psychiatry and its historians". History of Psychiatry. London: Alpha Academic. Vol. 2, nº 7 (1991), pp. 239-250.
[2] ZILBOORG, G. – A History of Medical Psychology. New York: W. W. Norton, 1941.
[3] ALEXANDER, F. G. and SELESNICK, S. T. – The History of Psychiatry. New York: Harper and Row, 1966.
[4] MICALE, Mark – "Hysteria and its historiography: the future perspective". History of Psychiatry, vol.1, nº1 (1990), pp.33-124. O autor analisa bem a primeira geração de historiadores da psiquiatria, profissionais entusiastas que punham em contraste as práticas cruéis e superstições do passado, com a racional e humanitária ciência médica. Este período, de optimismo historiográfico, entre a década de 1930 e a de 1950, corresponde ao momento de maior prestígio profissional na Europa e América do Norte.
[5] SCULL, Andrew – Ibidem, p.240.
[6] FOUCAULT, Michel – Histoire de la Folie á L'Âge Classique. Paris: Gallimard, 1972. (1ª edição 1961).

Goffman[1] e Szasz[2] publicaram livros muito críticos da Psiquiatria como instituição terapêutica e como ciência, enfatizando as características de marginalização e segregação dos asilos.

E depois Castel[3], Klaus Dorner[4], Rothman[5] e Andrew Scull[6] escreveram histórias sociais da Psiquiatria. Quanto aos trabalhos inspirados em Foucault publicados pelos seus numerosos discípulos, e a despeito dos seus méritos, têm vindo a ser acusados de especulativos, pouco rigorosos no estudo das fontes e com tendência para generalizar esquemas interpretativos, talvez válidos em certos países e em contextos geográficos e históricos, mas não generalizáveis para outros com diferentes realidades políticas e sociais, conduzindo ao risco de repetições mecânicas e descontextualizadas[7]. Mas é inegável a importância do livro de Foucault, porque colocou em causa a visão linear de progresso e humanitarismo que a história mais tradicional considerava evidente nas instituições psiquiátricas. A denominada história social é também uma historiografia crítica. Lanteri-Laura é um bom exemplo: embora longe das posições de Foucault, faz uma história institucional e também internalista, tendo sido professor de ciências sociais na Escola de Altos Estudos e clínico com formação filosófica. O seu estudo sobre a cronicidade[8] é um bom exemplo do seu trabalho. Também Erwin Ackerknecht[9] e George Rosen[10] devem ser referidos, reconhecendo este último nos seus trabalho a importância da história das doenças e dos doentes.

A partir da década de 1970 o número de trabalhos cresce incessantemente e diversifica-se: histórias nacionais, história das doenças, entrelaçando-se não só com a história da medicina, mas também com a história da ciência, com a epistemologia da ciência e com a história das práticas, das instituições e das mentalidades. Concluindo, a história da psiquiatria não pode

---

[1] GOFFMAN, E. – Asylums. Essay on the social situation of mental patients and other inmates. New York: Doubleday, 1961.
[2] SZASZ, T. – The Myth of Mental Illness: New York, Paul B. Hoeber, 1961.
[3] CASTEL, R. – L'ordre psychiatrique. Paris: Minuit, 1977.
[4] DORNER, K. – Ciudadanos y Locos. Historia Social de la Psiquiatria. Madrid: Taurus Ediciones, 1974. (original de 1969).
[5] ROTHMAN, D. – The discovery of the asylum. Social Order and Disorder in the New Republic. Boston: Little Brown and Company, 1971.
[6] SCULL, A. – Museums of Madness: The social organization of insanity in nineteenth-century England. London: Allen Lane, 1979.
[7] HUERTAS, Rafael – "Historia de la psiquiatria, por qué? para qué? Frenia. Madrid: vol.1, nº 1(2001), pp. 9-36.
[8] LANTERI-LAURA, G. – La chronicité en psychiatrie. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond, 1997 (1ª ed.1972).
[9] ACKERKNECHT, E. H. – Breve história de la psiquiatria. Valencia: Seminari d'estudis sobre la ciência, 1993 (1ª ed.1957).
[10] ROSEN, G. – Madness in Society – Chapters in the Historical Sociology of Mental Illness. New York: Harper & Row, 1968.

ser entendida em termos exclusivamente médicos, pois sabemos que os seus critérios diagnósticos e abordagens terapêuticas variam com a cultura, com a sociedade e com a época histórica considerada.

Finalmente, desde a ultima década do século passado, a denominada escola de Cambridge tem advogado e praticado uma história conceptual da psiquiatria, uma história dos sintomas de feição predominantemente internalista, com grande repercussão e importância, sendo German Berrios[1] o seu mais qualificado representante com discípulos dispersos por vários países. O seu principal mérito é o de apresentar outra visão, que completa a história social e institucional. Depois, porque procura retomar a relação entre história e clínica, ao estudar a génese da psicopatologia descritiva, para tentar reconstruir uma semiologia inserida num sistema cognitivo actualizado e aplicável no raciocínio clínico. E tem ainda o mérito de analisar, criticar e tentar superar o reducionismo dominante dos sistemas classificativos anglo-saxónicos (DSM)[2], muito frágeis e redutores em termos conceptuais, dizendo-se a-teóricos e desvalorizando a história, e de relançar o interesse pelo estudo da psicopatologia, sua história e renovação.

Este lado crítico da história conceptual é importante e a revista *History of Psychiatry* dirigida desde 1990 por um historiador e um clínico, respectivamente Roy Porter e German Berrios, é o seu órgão mais importante, onde colaboram historiadores e clínicos. Roy Porter[3] defendera que os escritos dos loucos podiam ler-se como sintomas de enfermidades, mas também como comunicações coerentes em si próprias, o que Rafael Huertas estima como necessária valorização da subjectividade do louco[4]. Foram assim surgindo outros temas novos desde a mulher como sujeito histórico e o género como categoria analítica, a psiquiatria antiga, a sua relação com a psicofarmacologia, com as neurociências, ou com a psicologia. Também a história da psicanálise e da psiquiatria psicodinâmica suscitam muitas publicações, nomeadamente a partir de um notável livro de Henri F.Ellenberger[5] publicado em1970, assim como a saúde mental como tema mais vasto.

---

[1] BERRIOS, G.E. – The History of Mental Symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

[2] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders publicado pela American Psychiatric Association desde 1952, actualmente na sua 5ªedição (2013).

[3] PORTER, R. – A Social History of Madness. Stories of the Insane. London: Weidenfeld and Nicolson, 1987.

[4] HUERTAS, R. – Another History for Another Psychiatry. The Patient`s View. Culture & History Digital Journal. June 2013, pp. 1-11.

[5] ELLENBERGER, H. – The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dinamic Psychiatry. New York: Basic Books, 1970.

Outros autores importantes nesta introdução serão mencionados, mas duas notas podem já ser salientadas. A primeira, o ser indispensável a constituição de equipas interdisciplinares, pois só participantes com orientações diferentes e complementares podem criar uma autêntica história da psiquiatria; a segunda, a necessidade de uma história social e sociológica em que os investigadores das ciências humanas darão uma contribuição necessária para a contextualização histórica, social, económica e politica. Por outro lado, Berrios mostrou que os clínicos podem fazer história, nomeadamente internalista[1], para a qual o seu conhecimento, além de valioso é indispensável. A história dos sintomas mentais dificilmente poderia ser feita sem a colaboração de um clínico.
O cisma entre historiadores e clínicos parece assim ser coisa do passado, e não podemos esquecer que a Psiquiatria existe porque existem doentes mentais, e a história não pode esquecer essa dimensão essencial, que é o facto da história da psiquiatria ser a história de seres humanos percebidos e considerados como doentes, cujos testemunhos se consideram essenciais para se perceber a doença do ponto de vista do doente[2].

O tema da historia da psiquiatria ganha enorme importância nos finais da década de 1960, sendo o Simpósio de Yale[3] um marco histórico fundamental. Teve lugar em 1967 mas os seus trabalhos foram publicados três anos depois, constituindo uma avaliação dos resultados da historiografia tradicional [4], mas também uma espécie de antevisão do que virão a ser alguns dos desenvolvimentos posteriores, quer da revisão feita por historiadores médicos, quer de uma historia interdisciplinar onde as ciências sociais desempenham um importante papel e onde fica bem patente a importância que tinha tido a publicação de trabalhos na primeira metade da década por Michel Foucault, George Rosen ou Erwin Ackerknecht. A partir desta altura o tema adquire uma importância extraordinária multiplicando-se os trabalhos, livros, simpósios e encontros, ganhando um estatuto de enorme importância científica e académica que persiste até aos dias de hoje, sendo quase impossível abarcar a bibliografia existente que se estende praticamente a todos os países com inúmeras subdivisões temáticas.

---

[1] BERRIOS, G.E. – The History of Mental Symptoms. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
[2] Entre outros autores saliento os trabalhos de Kleinman e Eisenberg, que desenvolveram a antropologia médica e valorizaram a distinção entre “disease” e “illness”. Ver EISENBERG, L.; KLEINMAN, A. (Ed.) – The Relevance of Social Science for Medicine. Dordrecht: D. Reidel, 1981.
[3] MORA, G.; BRAND, J. L. – Psychiatry and its History. Methodological Problems in Research. Springfield, Illinois: Charles Thomas, 1970.
[4] BERRIOS, G.E. – “Descriptive psychopathology: conceptual and historical aspects”. Psychological Medicine, Vol.14, (1984), pp. 303-313.

De qualquer modo a história da psiquiatria deixou de estar nas mãos dos médicos para passar a interessar e a dizer respeito a uma pluralidade de estudiosos, da história à etnografia, da medicina à psicologia e à sociologia, da antropologia à arquitectura, sem esquecer a literatura e as artes. George Mora fizera já em 1965 uma exaustiva revisão cultural e bibliográfica do tema[1], procurando depois mostrar a relevância que a história da psiquiatria tinha para o psiquiatra[2]. Neste último trabalho, menos especializado e mais dirigido aos psiquiatras, mostra a necessidade para trabalhar no domínio histórico, de alargar o contexto à história das ciências do comportamento e não à psiquiatria isoladamente. Realça o facto de a história da biologia, neurofisiologia, antropologia, sociologia e psicologia terem experimentado um enorme desenvolvimento nos últimos anos, evidenciando o interesse multidisciplinar do tema. A pesquisa sobre as instituições do passado requeria uma sólida formação em história intelectual e cultural, que era o que faltara aos profissionais da segunda metade do seculo XIX, dado que a psiquiatria era concebida exclusivamente do ponto de vista das ciências biológicas[3]. Os acontecimentos do passado deviam ser apresentados com o espirito do seu tempo, levando em conta os factores culturais, religiosos e económicos, acrescentando Mora que poderiam ser compreendidos no marco da teoria psicodinâmica, que teria tido o mérito de abrir uma nova visão da psicologia humana, permitindo ultrapassar a crença na causalidade orgânica de todas as perturbações mentais e a "prevalência universal da filosofia positivista e materialista"[4]. Chama depois a atenção para o viés histórico do indutivismo ou presentismo que define como aceitação do passado, apenas daqueles eventos que antecipam as formulações actuais, uma questão crucial em historiografia da ciência. A história da ciência não podia ser escrita como uma sucessão de erros e descobertas, como que a preto e branco, mas de um ponto de vista de teoria da continuidade procurando compreender a ciência de um determinado período no contexto desse mesmo período, em consideração do passado e não do presente[5].Em *The History of Mental Symptoms*[6], German Berrios enfatiza de novo a ideia de que o Simpósio de Yale de 1967 foi um marco na renovação de um tema que se popularizou

---

[1] MORA, G. – "The History of Psychiatry: A Cultural and Bibliographical Survey". Internat. J. of Psychiat., 2, (1966), pp. 335-356.
[2] MORA, G. – "The History of Psychiatry: Its Relevance for the Psychiatrist". Amer. J. Psychiat., 126: 7, (1970), pp. 957-967.
[3] MORA, G. – Ibidem, p.959.
[4] MORA, G. – Ibidem, p.960.
[5] MORA, G. – Ibidem, p.961.
[6] BERRIOS, G.E. - The History of Mental Symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. A publicação deste livro tem importância decisiva para a difusão das ideias do grupo de Cambridge, mas também para uma revisão crítica das outras tendências nos estudos históricos destas matérias.

muito. Tornou-se evidente que a publicação de *Histoire de la Folie à l'Age Classique* teve uma importância enorme, deslocando a problemática inteiramente e desactualizando os textos de referência anteriores, apesar de o livro de Michel Foucault ter vindo a sofrer reparos, críticas e correções (Sedgwick, Castel, Swain, Gauchet e Swain)[1]. Berrios valoriza também autores de língua francesa que desenvolveram trabalhos importantes, afastados das teses foucaultianas (Ey, Baruk, Lanteri-Laura, Trillat, Bercherie e Postel)[2] e igualmente reconhece a importância de trabalhos de história social, mais importantes para o estudo das instituições do que para a compreensão da psicopatologia, citando exemplos principais (Dorner, Jones, Scull, Alexander, Castel, Blasius, Cooter, Digby, Alvarez-Uria, Comelles, Porter)[3] e referindo no fim a excelente actualização de Micale e Porter de 1994[4]. Para o estudo histórico da psicopatologia, Berrios salienta a importância de outros autores (Werlinder, Janzarik, Wallace and Pressley, Simon, Sauri, Roccatagliata, Lopez Piñero, Lopez Piñero y Morales Meseguer, Clarke, Dewhurst, Bercherie, Postel et Quetel)[5]. Berrios enfatiza que as citadas obras dos historiadores sociais contribuíram para contrabalançar as distorções derivadas de perspectivas excessivamente médicas, mas acrescenta que "a perspectiva social é mais pertinente para a história dos asilos que para a psicopatologia descritiva"[6]. A sequência de obras é quase impossível de abarcar, e Berrios nomeia as que lhe parecem mais significativas, como as já mencionadas e particularmente as de MacDonald, Porter, Jacyna, Clark, Dowbiggin[7], que como salienta, podem ser historiadores médicos, sociais ou da ciência, mas trabalham de modo mais eclético[8], refletindo também uma nova época, pois a partir da década de 1980 assiste-se à ultrapassagem da fase mais aguda da polarização entre psiquiatria/antipsiquiatria e a polarização entre historiadores médicos e historiadores não médicos. Se o livro de Mora e Brand fez o balanço da historiografia tradicional, Mark Micale e Roy Porter editam em 1994 *Discovering the History of Psychiatry*[9] onde assinam uma introdução[10] que é um brilhante

[1] BERRIOS, GE. – Ibidem, pp.7-14.
[2] BERRIOS, G.E. – Ibidem, pp.7-14.
[3] BERRIOS, G.E. – Ibidem, pp.7-14.
[4]Berrios refere-se à introdução de MICALE, M. e PORTER, R. - Discovering the History of Psychiatry. New York: Oxford University Press, 1994, que editaram. Ver "Reflections on Psychiatry and Its Histories", pp.3-36.
[5] BERRIOS, G.E. – Ibidem, pp.7-14.
[6] BERRIOS, G.E. – Ibidem, pp.7-14.
[7] BERRIOS, G.E., FUENTENEBRO, F. – Delirio.Historia.Clinica.Metateoría. Madrid: Trotta, 1996.
[8] Idem, Ibidem, p.16. Escrevem que aqueles autores "têm promovido uma ampla visão dos sujeitos históricos combinando o uso sistemático de material historiográfico de primeira mão com a preocupação pelos aspectos médicos, sociais e intelectuais dos temas analisados".
[9] MICALE, M.; PORTER, R. – Discovering the History of Psychiatry. New York: Oxford University Press, 1994.
[10] MICALE, M.; PORTER, R., Ibidem, Introduction, pp.3-36.

estudo sobre o estado da arte, contendo depois o livro a colaboração de reputados especialistas que analisam a obra de alguns dos principais estudiosos do passado, mas também de temas históricos relevantes e ainda de alguns dos principais críticos da psiquiatria.

A obra de Berrios e do denominado grupo de Cambridge tem desenvolvido muitos trabalhos no estudo da psicopatologia descritiva e da sua evolução, analisando a evolução dos conceitos principalmente a partir do século XIX e procurando reconstituir uma história internalizada com abertura a outras perspectivas. Além desta orientação, o próprio Berrios aponta uma orientação socio-historiográfica, com as reconstruções externas de Foucault, Dorner, Nye, Porter, Harris, Pick, Micale[1] e outra que analisa as instituições, publicações e a emergência profissional do alienismo, como Goldstein, Scull, Dowbiggin, Porter, Weiner, Micale e Porter.[2] Com a revista *History of Psychiatry*, cujo primeiro número é editado em 1990[3], surge a mais importante publicação periódica sobre o tema, com colaboração vasta e oriunda de diversas tradições e orientações historiográficas e médicas, onde se podem encontrar os mais variados temas, textos antológicos comentados, recensões bibliográficas e artigos originais ou revisões de temas e tópicos de interesse para especialistas das diversas áreas cobertas pelo naipe de colaboradores de distintas formações.

Em Espanha salientam-se os trabalhos de Rafael Huertas que tem procurado estudar o tema com diversos colaboradores e fez revisões globais na revista *Frenia* com o estudo "Historia de la psiquiatria, por qué? para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendências"[4]e publicou uma notável *Historia Cultural de la Psiquiatria*[5]. Nesta obra, dividida em sete capítulos, valoriza e analisa especialmente a obra de Michel Foucault, Gladys Swain, Marcel Gauchet e Gladys Swain, Jan Goldstein, Ian Hacking, German Berrios e secundariamente outros autores como Georges Lanteri-Laura ou Roy Porter[6].

Edward Shorter no Canadá, é autor de uma história da psiquiatria de grande difusão e êxito, que não esconde uma atitude crítica da psicanálise e da psiquiatria social, embora tenha vários

---

[1] BERRIOS, G.E., FUENTENEBRO, F., Ibidem, p.15.
[2] Idem, Ibidem, p. 15.
[3] BERRIOS, G.E.; PORTER, R. Esta revista é repositório fundamental para qualquer revisão temática dos últimos vinte e cinco anos.
[4] HUERTAS, R. – "Historia de la psiquiatria, por qué? Para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendências". Frenia, vol. I, fasc. 1(2001), pp. 9-36.
[5] HUERTAS, R. – Historia Cultural de la Psiquiatria. Madrid: Los libros de la Catarata, 2012. Notável porque analisa e discute autores de diferentes formações ligados às diversas orientações historiográficas práticamente sem excepções.
[6] HUERTAS, R, Ibidem. Ver Introdução e os sete capítulos onde analisa as suas obras.

méritos nomeadamente o estudo da evolução da denominada psiquiatria biológica[1], publicando depois um dicionário histórico [2]. Shorter acusa a historiografia crítica de não se basear em realidades históricas, mas apenas em convicções ideológicas. Se é verdade que não é possível fazer história sem ideologia, também é necessário explicitar inicialmente os objectivos da investigação e frente aos factos apurados, reconhecer com clareza o que se encontrou e se corrobora ou contradiz as hipóteses prévias[3]. O historiador norte-americano que mais sistematicamente tem estudado o tema no referente aos Estados Unidos é Gerald Grob, que publicou vários volumes, sendo *The mad among us. A history of the care of America's mentally ill* a síntese actualizada[4]. Em França os historiadores Claude Quetel e Jacques Postel são autores da obra *Nouvelle Histoire de la Psychiatrie*[5], que se tornou referencia em língua francesa, com numerosos colaboradores, publicando depois Quetel *Histoire de la Folie de L'Antiquité á nos jours*[6]. Jacques Postel é ainda autor de *Genése de la Psychiatrie. Les premiers écrits de Philippe Pinel*[7] e de *Éléments pour une histoire de la psychiatrie occidentale* [8]. São importantes os trabalhos de Lanteri-Laura, que faz história e epistemologia da psiquiatria em *Psychiatrie et conaissance*[9] e *Essai sur les Paradigmes de la Psychiatrie Moderne*[10] e Paul Bercherie, principalmente em *Les fondements de la clinique - histoire et structure du savoir psychiatrique* sobre a evolução do pensamento psiquiátrico[11] e depois sobre o pensamento psicanalítico em *Genèse des concepts freudiens*[12]. Ainda em países de língua castelhana salienta-se na Argentina a obra de Jorge Sauri *Historia de las ideas psiquiátricas* da década de sessenta, reeditada e aumentada em dois volumes: *El naturalismo psiquiátrico*[13] y *La crisis de la psiquiatria* [1]. Pela sua importância, para a minha

---

[1] SHORTER, E. – A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac. New York: John Wiley, 1997.
[2] SHORTER, E. – A Historical Dictionary of Psychiatry. New York: Oxford University Press, 2005.
[3]MARX, Otto – "What is the history of psychiatry? II". History of Psychiatry, vol. 3, part 3, nº 11, Alpha Academic (1992), p.301.
[4] GROB, G. – The Mad Among Us. A History of the Care of America's Mentally Ill. New York: Free Press, 1994.
[5] POSTEL, J., QUÉTEL, C. – Nouvelle histoire de la psychiatrie. Toulouse: Privat, 1983.
[6] QUETÉL, C. – Histoire de la Folie de L'Antiquité à nos jours. Paris: Tallandier, 2009.
[7] POSTEL, J. – Genèse de la psychiatrie. Les premiers écrits de Philippe Pinel. Institut Synthélabo pour le progress de la connaissance, 1998.
[8] POSTEL, J. – Éléments pour une Histoire de la Psychiatrie Occidentale. Paris: L; Harmattan, 2007.
[9] LANTERI-LAURA, G. – Psychiatrie et Connaissance. Essai sur les fondements de la pathologie mentale. Paris: Sciences en situation, 1991.
[10] LANTERI-LAURA, G. – Essai sur les Paradigmes de la Psychiatrie Moderne. Paris: Editions du Temps, 1998.
[11] BERCHERIE, P. – Les Fondements de la Clinique. Histoire et structure du savoir psychiatrique. Paris: Navarin, 1980.
[12] BERCHERIE, P. – Genèse des Concepts Freudiens. Les Fondements de la Clinique II. Paris: Navarin, 1983.
[13] SAURI, J. – Historia de las Ideas Psiquiátricas. El naturalismo psiquiátrico. Buenos Aires: Lohlé - Lumen, 1996.

própria formação, destaco ainda a obra de historiadores médicos como Lain Entralgo, López Piñero, Garcia Ballester, Owsei Temkin e de antropólogos médicos como Arthur Kleinman e Leon Eisenberg.

A expansão bibliográfica do tema é por outro lado extensiva a outras disciplinas das ciências humanas que participam e dão contributos fundamentais e de integração nem sempre pacífica, mas indispensável para o cabal entendimento de temas tão complexos. Há também inúmeras publicações isoladas, de actas de encontros temáticos ou números especiais de revistas. Por traduzir bem o necessário alargamento temático, saliento *Essays in the History of Psychiatry*, editado por Edwin R. Wallace IV and Lucius C. Pressley[2], que em apendice final ao conjunto de trabalhos apresentam uma "Selected Readings in the History of Psychiatry and its Background". As referencias bibliográficas são subdivididas por : General Intellectual History, General History of Science, History of the Social Sciences, General History of Science, History of Psychiatry! Sobre temas monográficos mais particulares a bibliografia é praticamente inabarcável e apenas se torna possível citar referencias especialmente significativas e referentes ao assunto que esteja a ser abordado. Mas o repositório mais rico é sem dúvida a revista *History of Psychiatry* que arquiva nas suas páginas os trabalhos dos principais estudiosos de distintas formações nas diversas áreas temáticas, antologia textos clássicos devidamente comentados e faz revisões e recensões críticas dos livros que vão sendo editados[3].

A contribuição mais importante de Berrios é na historiografia da psicopatologia descritiva. Pondo em confronto duas visões diferentes na história da psicopatologia, acrescenta que esta se rege por duas metáforas: a do clínico catalogando plantas num jardim (invariância ontológica), ou do escultor criando formas (formas clínicas) na matéria informe (construcionismo)[4]. A história médica tradicional seguiu a metáfora do jardim, e a psiquiatria não constituiu excepção, mas a sua história actual está influenciada pelo construtivismo. A investigação clínica e a análise quantitativa das amostras clínicas, e a análise histórica e

---

[1] SAURI, J. – Historia de las Ideas Psiquiátricas. La crisis de la psiquiatria. Buenos Aires: Lohlé – Lumen, 1997.

[2] WALLACE, E.; PRESSLEY, L. – Essays in the History of Psychiatry: A Tenth Anniversary Supplementary Volume to the Psychiatric Forum. Columbia: WM. S. Hall Psychiatric Institute, 1980.

[3] Para além da revista, há antologias indispensáveis: HUNTER, R., MACALPINE, I. – Three Hundred Years of Psychiatry. 1535-1860. London: Oxford University Press, 1963; GOSHEN, Charles – Documentary History of Psychiatry. New York: Philosophical Library, 1967; POSTEL, J. – La Psychiatrie. Paris: Larousse, 1994; num âmbito mais alargado, PORTER, R. – The Faber Book of Madness. London: Faber and Faber, 1991. E por conter testemunhos literários e de pacientes, PATERSON, D. – A Mad People's History of Madness. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1982.

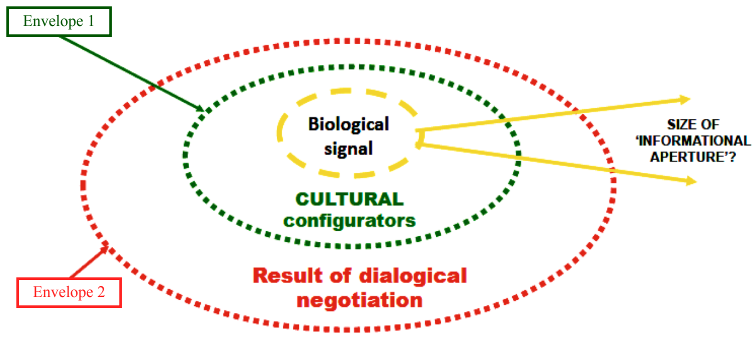
[4] BERRIOS, G.E. – The History of Mental Symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. p.11.

conceptual das descrições fazem parte do que Berrios chama "calibração periódica da linguagem da psiquiatria"[1], isto é, o reajustamento das descrições ante as mudanças originadas seja na biologia (mutações genéticas, por exemplo), na psicologia (como novos modelos de conduta) ou na sociologia (redefinições da conduta anormal). Se o clínico tem aqui um importante papel, o historiador pode descobrir como os símbolos, mitos e outras construções sociais constituem factores tão estáveis como os sinais biológicos captados pelo sintoma[2]. Para essa história da psicopatologia, propõe um modelo de analogia com "as caixas chinesas"[3], em que as caixas interiores contêm explicações filosóficas-psicológicas e as exteriores explicações sociopolíticas, competindo ao clínico decidir o nível em que deve colocar os seus intentos para explicar a formação de um particular sintoma. Lembra também que a psicopatologia descritiva se constituiu basicamente ao longo do século dezanove, e o seu poder de resolução foi calibrado de acordo com os requerimentos epistemológicos e pratica clinica do seu tempo histórico e foi perdendo calibração dadas as mudanças que foram afectando a biologia e sociologia dos sintomas mentais, levando à sua actual imperfeição[4]. Tudo se agrava, pois os actuais meios de investigação, neuroimagem, genética, psicofarmacologia, etc., têm necessidades de maior exigência e rigor, tornando-se necessário que o poder de resolução das descrições aumente, recalibrando-se a linguagem da psicopatologia.

Mas Berrios vai mais longe ao defender que os sintomas mentais devem ser considerados os objectos primários da investigação e que se desenvolvam modelos que sejam comprováveis, da formação de sintomas[5]. A estrutura dos sintomas mentais é culturalmente determinada, tornando-os "objectos híbridos", não objectos concretos, compostos pois de diferentes elementos heterogéneos; temos um elemento físico sujeito a uma configuração cultural, envolvido por uma densa rede semântica que controla, informa e pode por vezes abolir os poderes do núcleo físico. Os objectos híbridos têm poderes específicos, em parte próprios da tradicional física newtoniana, em parte objectos ideais com conteúdo semântico; fazem parte da neurobiologia, mas também actuam como objectos ideais, são causas mas também razões. Por tudo isto requerem taxonomias e representações especiais. Daí a apresentação de um esquema gráfico, com o *sinal biológico*, envolvido por *configuradores culturais* poderosos, e

[1] BERRIOS, G.E., Ibidem, pp.11-12.
[2] BERRIOS, G.E., Ibidem, p.12.
[3] BERRIOS, G.E., Ibidem, p.13.
[4] BERRIOS, G.E. – Hacia una nueva epistemologia de la Psiquiatria. Buenos Aires: Polemos, 2011. p.36.
[5] BERRIOS, G.E., Ibidem, p.36.

uma segunda camada envolvente que resulta da *negociação dialógica*, entre o clínico e o doente, que é tanto conceptual como emocional[1]. Há sintomas mentais de matriz biológica e outros em que as configurações culturais são particularmente fortes. Apresenta o modelo de Cambridge de formação de sintomas com várias vias possíveis, desenhando um conhecido esquema

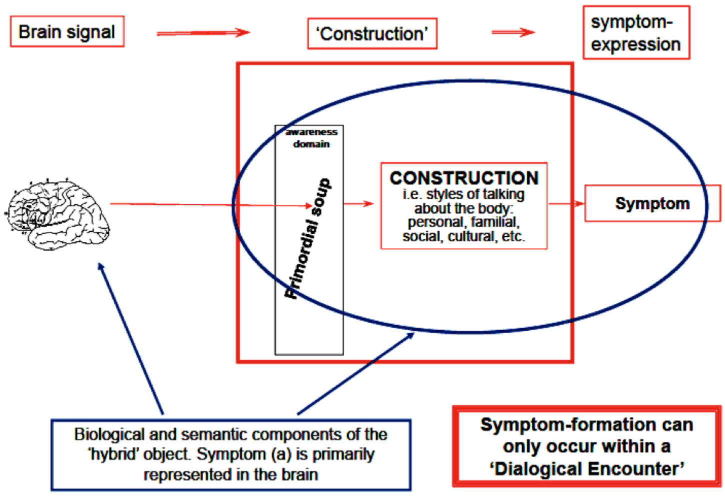


Gravura 1 - Putative structure of mental symptoms as "Hybrid" objects
Adaptado de Berrios, 2013

Chama a atenção para os casos em que os sintomas mentais são mais ou menos expressão directa de sinais cerebrais, de que o paciente pode não dar conta, e pelo contrário, noutra via há sempre um sinal cerebral e há sempre construção do sintoma. Neste caso o indivíduo sente algo diferente e novo, e esta alteração experiencial, que pode ter por primeira vez, é pré-linguística e pré-conceptual, chama-lhe "primordial soup" ou magma, e para a comunicar tem que construir, ligar a conceitos que pode ter ou não, e aqui entram formatos e os configuradores que podem ser configuradores culturais, sociais, familiares, e também configuradores pessoais.

Completada a configuração, o desconforto ou sofrimento pode ser exteriorizado e exprimir-se. O modelo é heurístico permitindo várias opções. Sinais provindo da mesma origem neurobiológica podem ser conceptualizados de forma diferente e conduzir a dois sintomas diferentes, e também sinais de diferentes partes do cérebro podem ser configurados do mesmo modo e ser considerados iguais.

[1] BERRIOS, G.E. – "Formation and meaning of mental symptoms: history and epistemology". Lecture presented at the Roman Circle of Psychopathology, Rome, 2012. Dial Phil Ment Neuro Sci 2013; 6(2): 39-48. www.crossingdialogues.com/journal.htm. Salienta a dinamica particular da interação entre clínico e doente, escrevendo que o clínico não é o seu secretário, como o DSM-IV pretende que se actue: o doente diz o sintoma e o clínico regista-o.



Gravura 2 -
Cambridge Model for Symptom Formation ***Adaptado de Berrios, 2013***

Berrios dá o exemplo de alguns casos em que alucinações e delírios podem estar ligados, se o "magma primordial" não for claro, quando a distinção entre uma ideia ou uma imagem não é clara, a negociação clínica pode ser importante e o clínico pode até induzir uma resposta, que pode ser considerada delírio ou alucinação. O sinal cerebral é apenas um componente do sintoma final, cuja formação é cultural, social e pessoalmente construída, tanto pelo paciente como pelo entrevistador. Considera cruciais os sintomas mentais, como objectos híbridos, e acha mesmo que a maioria das doenças psiquiátricas actuais são constructos (probabilísticos) agregados em períodos históricos anteriores, acarretando parcialidades e preconceitos inevitáveis. Assevera mesmo ser altamente provável que as doenças mentais convencionais não existam; o que existe e faz sofrer são os padecimentos e os sintomas, que existem e devem ser estudados conceptual e empiricamente[1].

Outro ponto essencial é a importância da distinção entre termos, conceitos e comportamentos, que muitas vezes são utilizados indistintamente o que conduz a erros clamorosos, pois pode chegar a fazer-se uma simples história de uma palavra, quando o conceito correspondente se foi alterando profundamente no decurso do tempo; daí a importância que concede à história conceptual, levando a cabo uma análise sistemática dos principais sintomas mentais. Reitera que os sintomas psiquiátricos são constructos ou categorias teóricas, não fenómenos naturais, e que se cria uma categoria, quando um termo, uma conduta e um conceito se unem num determinado momento histórico na obra de um autor. Este processo de construção de um sintoma supõe a convergência entre uma conduta considerada nesse momento histórico como

[1] BERRIOS, G.E. – Hacia una nueva epistemologia de la Psiquiatria. Buenos Aires: Polemos, 2011. p. 36.

susceptível de ser isolada e descrita, um termo, cuja história pode ser breve (se é um neologismo) ou extensa (se é um termo estabelecido que é despojado do seu significado original e se lhe confere um novo) e um conceito que representa um esforço para explicar ou dar conta da conduta em termos de uma teoria científica, o que faz que este processo convergente se possa situar num determinado contexto histórico ou *epistema*[1]. Os processos de convergência diferem na forma como se levam a cabo e no produto final e a sua análise informa-nos acerca da estabilidade ou instabilidade de uma determinada categoria clínica[2]. A apresentação à comunidade científica de um novo sintoma, síndrome ou doença pode ocasionar diversas consequências, dada a sua justeza, utilidade, e aceitação dependerem de múltiplos factores, sendo importante estudar os mecanismos de permanência e os de mudança[3]. Para isso o autor vai ler e reler as fontes primárias, do início do século XIX, até às primeiras décadas do século XX, nomeadamente inglesas, alemãs, francesas, italianas e espanholas, num ecletismo notável e invulgar, que o colocaram em grande destaque dada a erudição gigantesca que este trabalho comporta e o reconhecimento internacional que acabou por se ir estabelecendo em torno da sua obra. A tarefa de (re) pensar a psicopatologia descritiva fica muito a dever aos seus esforços, sem retirar o lugar e a importância da psicopatologia experimental e da psicopatologia psicodinâmica, que explicita logo no início da sua obra fundamental.[4]Como reconheceu Edward Shorter, o seu grande livro de 1996 tornou-se essencial para o estudo da história das doenças[5].

No que diz respeito a Portugal os estudos estão pouco desenvolvidos e há muitas lacunas temáticas. Sobre as principais figuras da psiquiatria portuguesa, os trabalhos de Barahona Fernandes são os mais importantes, tendo escrito e comentado as suas obras procurando mostrar a evolução dos conceitos científicos, e a ligação às ideias filosóficas, sociais e

---

[1] BERRIOS, G.E. – "Concepto de psicopatologia descriptiva". In: LUQUE, R. y VILLAGRÁN, J., Psicopatologia Descriptiva: Nuevas Tendencias. Madrid: Trotta, 2000. pp. 109-145.

[2] BERRIOS, G.E., Ibidem. Berrios anota que as novas categorias convergentes não são simples resultado do trabalho empírico, pois estão sempre presentes pressões sociais (médico-legais, das companhias de seguros) e económicas (a industria farmacêutica). Também os clínicos, especialmente se jovens, ao não terem presenciado os processos de construção, pensam que as categorias sempre ali estiveram, e que não são construídas, mas descobertas, como se fossem novas variedades de plantas. Ver pp.120-121.

[3] BERRIOS, G.E. – "La Historiografia de la Psiquiatria Clinica: Estado Presente". In I Congreso de la Sociedad de Historia y Filosofia de la Psiquiatria. Madrid: Extra Editorial, 1995. pp. 11-17.

[4] BERRIOS, G.E. – The History of Mental Symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. p. 2. "A psicopatologia descritiva" foca a "forma" do sintoma, a experimental tenta capturar e medir o fenómeno por meios objectivos, a psicodinâmica, foca a semântica do conteúdo, e para o conseguir é necessária uma "aparelhagem" como a que foi desenvolvida por Janet ou Freud. O seu livro apenas estuda a história das descrições. Os sintomas mentais, e síndromes clínicos, de que procura traçar uma história conceptual vão do estupor, delirium, confusão e demência até ao delírio, sintomas obsessivo-compulsivos, melancolia e transtornos afectivos.

[5] SHORTER, E. – Historical Dictionary of Psychiatry. New York: Oxford University Press, 2005. p.313.

políticas do seu tempo. A sua abordagem, de raiz fenomenológica, está próxima da que foi protagonizada em França por Henri Ey, tem profundidade e erudição filosófica e psicopatológica, sendo pois o seu contributo indispensável a quem queira estudar o tema[1,2]. De outros psiquiatras que abordaram historicamente o tema mas de forma parcelar, deve referir-se Seabra-Dinis[3], com estudos sobre alguns psiquiatras portugueses. Para o tema geral em estudo, merece referência a tese de licenciatura de Manuel Louzã Henriques[4], assim como um livro de Manuela Fleming[5]. Sobre a história das instituições a *História da Beneficência Pública em Portugal* de Vítor Ribeiro[6] dedica um capítulo aos alienados. Sobre a História da Medicina Portuguesa, além de obras de Maximiano de Lemos, Ricardo Jorge, Luís de Pina, Augusto Silva Carvalho, Mário Monteiro Pereira, que em algumas partes incluem temas neuropsiquiátricos, é valioso o contributo de Ferreira de Mira[7].

O estudo histórico da psiquiatria portuguesa constitui um dos temas que o GHSCT do CEIS20 tem levado a cabo, com contribuições individuais e de colaboração, organizando regularmente Jornadas Internacionais sobre o tema, com publicação das comunicações[8]. Assim, Ana Leonor Pereira, desde "Júlio de Matos: a ciência e a política"[9] e "A institucionalização da loucura em Portugal"[10] até *Darwin em Portugal* [11] e a entrada sobre Júlio de Matos, no recente *Dicionário de História da I República e do Republicanismo* (II volume)[12], credita-se como a historiadora mais importante sobre o tema. Manuel Correia tem estudado de forma sistemática a figura de

[1] FERNANDES, H. Barahona – Filosofia e Psiquiatria. (Experiencia portuguesa e suas raízes). Coimbra: Atlântida, 1966.
[2] FERNANDES, H. Barahona – "A Psiquiatria em Portugal". In Um Século de Psiquiatria e A Psiquiatria em Portugal. Lisboa: Roche Farmacêutica, 1984.
[3] SEABRA- DINIS, J. – Perspectiva Humana. Lisboa: Portugália Editora, 1966.
[4] HENRIQUES, M. L. – As Concepções materialista, Positivista e Evolucionista e a Psiquiatria Portuguesa. Coimbra: Unitas, 1966.
[5] FLEMING, M. – Ideologias e Práticas Psiquiátricas. Porto: Afrontamento, 1976.
[6] RIBEIRO, V. – História da Beneficência Pública em Portugal. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1907. pp.325-338.
[7] MIRA, M. Ferreira de – História da Medicina Portuguesa. Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade, 1947. pp. 492-501.
[8] PEREIRA, A. L.; PITA, J. R. – Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: CEIS20 da Universidade de Coimbra. I (2010), II (2011), III (2012), IV (2014).V (2015).
[9] PEREIRA, A. L. – "Júlio de Matos: a ciência e a política". Psiquiatria Clínica, vol. 4, nº 1 (1983), pp.49-56.
[10] PEREIRA, A. L. – "A institucionalização da loucura em Portugal". Revista Crítica de Ciências Sociais, nº 21 (1986), pp.85-100.
[11] PEREIRA, A. L. – Darwin em Portugal (1865-1914). Filosofia. História. Engenharia Social. Coimbra: Almedina, 2001.
[12] PEREIRA, A. L. – " Matos, Júlio Xavier de (1856-1922) ". In: Dicionário de História da I República e do Republicanismo, vol. II. Lisboa: Assembleia da República, 2014. pp. 793-796.

Egas Moniz, tendo trazido a lume novas informações sobre o Prémio Nobel que lhe foi atribuído, em *Egas Moniz e o Prémio Nobel* [1] entre outros trabalhos[2], até *Egas Moniz no seu labirinto*[3]. João Rui Pita na história das terapêuticas, da farmácia e dos medicamentos, tem vários trabalhos publicados com incidência na saúde mental[4], sozinho ou em colaboração com Ana Leonor Pereira[5]. A partir de 2010 tiveram início as Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental (JIHPSM) organizadas pelo GHSCT do CEIS20 e pela SHIS, de realização anual, com número crescente de participações, tendo sido publicadas as Actas das primeiras 5 Jornadas em formato digital com coordenação de Ana Leonor Pereira e João Rui Pita. Também houve participação do Grupo no XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina em Granada (2008) com *Enfermedades mentales en Portugal: Doctrinas, concepciones y terapêuticas en la Primera República (1910-1926)*[6]. É principalmente no âmbito do CEIS20 que tenho vindo a estruturar um trabalho mais organizado e programado, menos dependente de circunstâncias ocasionais, tendo vindo a publicar trabalhos, nomeadamente na revista *Estudos do Século XX*[7], em obras colectivas[8] ou relacionadas com o centenário da I República[9].

---

[1] CORREIA, M. – Egas Moniz e o Prémio Nobel. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2006.

[2] CORREIA, M. – "Egas Moniz. Imagens e representações" in Estudos do Século XX. Coimbra: Ariadne, nº 5 (2005), pp.65-82; CORREIA, M. – "Espelho meu. Ilusão biográfica e ideal historiográfico: a construção de Egas Moniz" in Estudos do Século XX, nº 8 (2008), pp.187-201.

[3] CORREIA, M. – Egas Moniz no seu labirinto. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2013.

[4] PITA, J. R. – "Sanitary normalisation in Portugal: pharmacies, pharmacopeias, medicines and pharmaceutical practices (19th-20th Centuries). In: Abreu, L., ed. European Health and Social Welfare policies. Brno: Compostela Group of Universities/PhoenixTN, European Thematic Network on Health and Social Welfare Policies/Brno University of Technology-Vutium Press, 2004. pp. 434-53.; PITA, J. R. – "A Farmácia na I República". In: GARNEL, M. R. Lino (coord.) – Corpo, Estado, Medicina e Sociedade no tempo da I República. Lisboa, Centenário da República, 1910-2010. 2010. pp. 85-96; PITA, J. R. – "Práticas científicas à volta de 1900: química, microbiologia e saúde pública em Portugal". In: A natureza as suas histórias e os seus caminhos. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2006. pp. 39-51.

[5] PITA, J. R., PEREIRA, A. L. – "A História da farmácia em Portugal: o estado da arte – o projecto interdisciplinar do CEIS20". In PITA, J. R., PEREIRA, A. L. (coord.) – Rotas da Natureza. Cientistas, viagens, expedições e instituições. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2006. pp. 79-88.

[6] PEREIRA, J. M., PITA, J. R., PEREIRA, A. L. – "Enfermedades mentales en Portugal: Doctrinas, Concepciones y Terapeuticas en la Primera República (1910-1926)" in La Experiencia de Enfermar en Perspectiva Histórica. Universidad de Granada, 2008. pp. 473-477.

[7] PEREIRA, J. M. – "Classificação e reconceptualização das doenças na Psiquiatria Portuguesa. A contribuição de Júlio de Matos (1884-1923). Estudos do Século XX, nº 12 (2012), pp.347-364.

[8] PEREIRA, A. L., PITA, J. R. (org.) – Egas Moniz em livre exame. Coimbra: Minerva, 2000. PEREIRA, A. L., PITA, J. R. (org.) Miguel Bombarda e as singularidades de uma época. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2006.

[9] PEREIRA, J. M. – "A psiquiatria no tempo da I República". In: GARNEL, M. R. Lino (Coord.) – Corpo: Estado, Medicina e Sociedade no tempo da I República. Lisboa, Centenário da República, 1910-2010, 2010. pp. 131-137; "Psiquiatria na I República". In: Dicionáro de História da I República e do Republicanismo. Lisboa: Assembleia da República, 2014. pp. 425-432.

2. A PSIQUIATRIA EM PORTUGAL

2.1. CONTEXTO CIENTÍFICO-MÉDICO INTERNACIONAL

A contribuição essencial da patologia do século XIX foi a construção de uma explicação das doenças como perturbações estruturais e dinâmicas do corpo com os recursos da moderna ciência da natureza[1]. Na primeira metade do século vigorou o método anátomo-clínico, relacionando sistematicamente a observação clínica com os resultados das alterações estruturais ou lesões anatómicas na autópsia. Na segunda metade, buscou-se a explicação científica baseada nos saberes físicos, químicos e biológicos, passando a investigação experimental de laboratório a ser a fonte primordial da ciência médica, como Claude Bernard definira, mais importante que a medicina hospitalar, característica do período anatomo-clinico anterior. Além dos avanços na semiologia lesional, a mentalidade anatomopatológica também procurou fundamentar a nosologia em dados anatomopatológicos, surgindo uma nova disciplina básica dedicada ao estudo das lesões, a anatomia patológica. A medicina de laboratório permitiu depois a análise das lesões anatómicas pela microscopia e sua interpretação recorrendo á biologia celular, de que Virchow foi iniciador[2]. Outra orientação da medicina de laboratório foi a fisiopatológica, superando a visão estática da doença dos anatomoclínicos, e iniciando uma visão mais dinâmica ao estudar as disfunções orgânicas com os métodos das ciências experimentais[3]. Afastando quaisquer interpretações especulativas, começaram-se a estudar as perturbações funcionais como processos energéticos ou materiais, com os recursos da física e da química. A semiologia fisiopatológica enriqueceu-se com novos sinais de disfunção de carácter físico ou químico, introduzindo provas funcionais que permitiam revelar sinais do estado funcional do organismo ou de uma parte dele. Também novos critérios nosográficos foram surgindo e a mentalidade fisiopatológica fez surgir nova disciplina básica, a patologia experimental ou investigação em animais dos processos disfuncionais. A terceira corrente da medicina de laboratório visou a

[1] LÓPEZ PIÑERO, J. M. – Historia de la Medicina. Madrid: Historia 16, 1990. p. 96.
[2] LÓPEZ PIÑERO, J. M. – La Medicina en la Historia. Madrid: La Esfera de los Libros, 2002.
[3] LÓPEZ PIÑERO, J. M. – Historia de la Medicina. Madrid: Historia 16, 1990. p.100.

construção de uma etiologia de base experimental, estudando as causas das doenças[1]. Estas podiam decorrer da observação, como no caso de ingestão de venenos, e constituiu-se a moderna toxicologia. Mas a mais importante contribuição da mentalidade etiopatológica diz respeito aos micro-organismos patogénicos responsáveis pelos fenómenos de contágio. De novo afastando interpretações especulativas, os médicos utilizaram as concepções e técnicas das ciências físicas, químicas e biológicas, constituindo-se a moderna microbiologia médica.

Foram figuras fundamentais Louis Pasteur e Robert Koch, o primeiro pela demonstração da teoria microbiana da infecção, de que mais tarde surgiu a vacinação, e o segundo como criador da técnica bacteriológica e introdutor de medidas profiláticas. Foi um período de grandes progressos científicos sendo descobertas a grande maioria das bactérias patogénicas pelas escolas de Pasteur e de Koch, transformando as ideias e as práticas sobre higiene e epidemiologia. A investigação dos mecanismos de defesa do organismo face aos germes patogénicos levou ao desenvolvimento da imunologia. Também a mentalidade etiopatológica criou a sua própria semiologia e novos critérios nosográficos, procurando caracterizar as causas específicas, com grande aplicação no caso das doenças infecciosas e das intoxicações (a patologia e a clinica acabaram por integrar como pontos de vista complementares as contribuições nosográficas e semiológicas das três mentalidades e suas disciplinas básicas)[2]. A descoberta das entidades responsáveis pelas doenças contagiosas e também pelas infecções cirúrgicas conduziu à antissepsia cirúrgica. A descoberta dos anestésicos foi também facto de enorme valor para as especialidades cirúrgicas.

Por outro lado, a significativa efervescência vivida na segunda metade do século XIX fez-se sentir intensamente no domínio das ciências biomédicas, muito particularmente nos domínios da farmácia e da terapêutica[3]. O arsenal terapêutico foi enriquecido com a pilocarpina, a cocaína, a heroína, a estrofantina, a novocaína, e os hipnóticos como o cloral, sulfonal, veronal, fenobarbital. O ácido acetilsalicílico merece referência à parte pela sua importância até aos dias de hoje. A terapêutica experimental enquanto disciplina científica deve-se a Paul Ehrlich ficando também conhecido pela utilização do salvarsan e depois do neosalvarsan. Refira-se o grande desenvolvimento da indústria farmacêutica, com as especialidades farmacêuticas a substituírem os medicamentos manipulados[4]. A estatística, os avanços da

[1] LÓPEZ PIÑERO J. M., Ibidem, p.104.
[2] LÓPEZ PIÑERO, J. M., Ibidem, p.109. Ver a brilhante síntese: LÓPEZ PIÑERO, J. M. - Ciencia y enfermedad en el siglo XIX. Barcelona: Peninsula, 1985, em que também resume as tentativas de criar uma patologia nos séculos XVII e XVIII.
[3] PITA, J. R. – História da Farmácia. Coimbra: Minerva, 1998. p. 220.
[4] PITA, J. R., Ibidem, pp. 223-225.

química e as descobertas microbianas transformam a higiene numa importante disciplina científica, e a saúde pública ganha um estatuto de importância fundamental.

Apesar do reconhecimento de causas morais ou psíquicas das doenças, o estudo dos processos psicogénicos em termos científicos só se iniciou quando a psicologia científica e as neurociências se desenvolveram.

Os trabalhos de Charcot sobre a histeria constituíram um momento fundamental. Charcot, um dos pais fundadores da Neurologia, descreveu um grande número de novas entidades nosológicas orgânicas do sistema nervoso, baseado no modelo anatomoclínico[1]. E tentou a caracterização semiológica da histeria, procurando definir a "lesão dinâmica" mas os seus esforços redundaram num fracasso[2]. Como é reconhecido, Freud compreendeu que a histeria comportava-se nas suas paralisias como se a anatomia não existisse, decorrendo antes de uma concepção anatómica popular. A despeito das críticas de Bernheim, da Escola de Nancy, e depois também de alguns dos discípulos de Charcot, Freud reconheceu no mestre da Salpétrière o primeiro que vislumbrou o mecanismo psíquico dos fenómenos histéricos e que ensinou ser necessário recorrer à psicologia para a explicação da neurose histérica[3]. Para isso fundou no seu serviço o primeiro laboratório de psicopatologia em 1890, destinado ao seu discípulo Pierre Janet[4]. Como mostrou Lain Entralgo, foram as doenças neuróticas, em especial a histeria, que mostraram as limitações das três grandes mentalidades[5].

Numa página notável do seu livro, Lain Entralgo escreve que Freud introduziu uma subtil objeção contra a visão da histeria do seu mestre dizendo que Charcot, demasiado visual, "não soube ver algo que só podia ser ouvido", colocando de forma aguda o problema da consciência psicológica- os doentes neuróticos considerados como capazes de querer, sentir e falar: verdadeiras pessoas[6].

Também se estendeu à Psiquiatria a convicção de que podia evidenciar-se a causa da doença, com sucesso apenas na etiologia carencial da psicose pelagrosa, tóxica nas psicoses alcoólicas, e na paralisia geral progressiva, cuja causa sifilítica completava a patologia com a

---

[1] Ver GUILLAIN, George – J.-M. Charcot. 1825-1893. Sa Vie – Son Oeuvre. Paris: Masson, 1955.

[2] LÓPEZ PIÑERO, J. M.; MORALES MESEGUER, J. M. – Neurosis y Psicoterapia. Un estudio histórico. Madrid: Espasa-Calpe, 1970.

[3] LÓPEZ PIÑERO, J. M. – Historia de la Medicina. Madrid: Historia 16, 1990. p. 111. Ver também LÓPEZ PIÑERO, J. M. – Orígenes históricos del concepto de neurosis. Madrid: Alianza, 1985. (original 1983).

[4] LÓPEZ PIÑERO, J. M. – Historia de la Medicina. Madrid: Historia 16, 1990.

[5] LAIN ENTRALGO, P. – La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico. Madrid: Triacastela, 1998. (1ªed. 1950).

[6] LAIN ENTRALGO, P., Ibidem, p.458. No mundo mnésico da vida do doente histérico, operam recordações distintas que ele sabe, e actuam outras sem que ele saiba.

perspectiva conjunta dos três modelos paradigmáticos referidos[1]. Parece plenamente compreensível que se tenha procurado estender à Psiquiatria os mesmos métodos de estudo, morfológicos, funcionais e etiológicos, que tinham permitido alcançar uma série de progressos e descobertas no âmbito da Medicina, mas como se constata hoje, tiveram tendência para generalizar pontos de vista parciais e a confundir de forma abusiva contribuições valiosas com evidências definitivas. Outra questão importante foi a delimitação da Neurologia e da Psiquiatria que teve varias etapas. O início da Neurologia foi mais tardio desenvolvendo-se com os avanços da neuroanatomia e da neurofisiologia, da experimentação, laboratoriais, e alcançando vitorias como a descoberta das localizações cerebrais (Broca e Wernicke para os centros da linguagem) e os trabalhos de Jackson e Gowers sobre a epilepsia. O exame neurológico ganha novos dados semiológicos com Charcot, Argyll Robertson, Erb e Westphal, e Babinski, novos instrumentos como o oftalmoscópio e mais tarde, depois dos trabalhos de Hans Berger (1929), o início fundamental da eletroencefalografia[2]. A plena diferenciação não era fácil porque a maioria dos psiquiatras defendia concepções neurologizantes e a obra de Meynert, Wernicke, Kleist e Leonhard estava ancorada na neuropatologia e na anatomia e fisiologia cerebrais. Uma das doenças mais frequentes na população dos asilos psiquiátricos era a paralisia geral que precisamente apresentava um vasto conjunto de sintomas neurológicos e psiquiátricos. A longa e controversa história da paralisia geral é ilustrativa destas relações: descrição da aracnite crónica por Bayle (1822), discussões acesas sobre a sua etiologia com destaque para Fournier ao defender a etiologia sifilítica, estudos histopatológicos de Alzheimer e Nissl (1904), até à reacção de Bordet-Wassermann em 1906 e a Noguchi e Moore em 1913, que comprovam a presença do treponema no cérebro dos paralíticos gerais [3]. Também se inicia a derrocada da doutrina da degenerescência pela mesma altura, alvo de críticas por parte de alguns alienistas eminentes como Séglas, e acelerada pela difusão da genética mendeliana[4], contribuindo para toda esta redefinição. O estudo das demências permitiu separar as demências cerebrais orgânicas da demência vesânica (loucura), que passou a chamar-se pseudo-demência[5]. A doutrina neuronal e os

[1] LAZARO, J. – "De la evidencia ilusória a la incertidumbre razonable: introducción histórica". Archivos de Psiquiatria, supl.3 (2000), pp.5-26.
[2] LEMPÉRIÈRE, T. – "Histoire de la neuropsychiatrie". Annales Médico Psychologiques, 162 (2004), pp.39-49.
[3] QUÉTEL, Claude – Le Mal de Naples. Histoire de la syphilis. Paris: Seghers,1986.
[4] ZALOSZYC, A. – Elements d'une histoire de la theorie des degenerescences dans la psychiatrie française. Strasbourg: (Thèse). 1975.
[5] BERRIOS, G.E. – "Dementia" In: BERRIOS, G.E., PORTER, R. – A History of Clinical Psychiatry. London: Athlone, 1995. pp. 34-51. Sobre as demências e a sua história ver: BERRIOS, G.E. and FREEMAN, H.L. (Eds.) – Alzheimer and the Dementias. London: Royal Society of Medicine Services, 1991.

progressos técnicos a partir dos trabalhos de Golgi e Ramon y Cajal permitiram depois precisar lesões histológicas da demência senil e de formas pré-senis com trabalhos de Alzheimer e das atrofias cerebrais circunscritas descritas por Pick.

Também a grande guerra de 1914-1918 relança o debate a propósito das neuroses de guerra tal como depois o aparecimento da encefalite epidémica volta a trazer polémicas sobre as alterações neurológicas em relação com manifestações psiquiátricas[1], e a questão das localizações cerebrais. Quanto à epilepsia, também frequente nos asilos, as doutrinas psiquiátricas sobre a "epilepsia larvada" e os equivalentes, foram sendo progressivamente ultrapassadas pela obra de Hughlings Jackson, que não só ajuda e consolidar a Neurologia inglesa e mundial[2], mas cuja influência se estendeu a Freud e no seculo XX às ideias globalistas em Neurologia, e ainda ao pensamento psiquiátrico, nomeadamente em Henri Ey e o seu organodinamismo[3].

A delimitação ficou praticamente completada com a obra de Pierre Janet e de Sigmund Freud, que reestruturam o grupo das neuroses que ficam no campo da Psiquiatria[4]; e as demências, a epilepsia, as coreias, a esclerose em placas, e a doença de Parkinson ficam para a Neurologia[5]. A histeria ainda ficou durante algum tempo a ser alvo de polémicas, entendendo Déjérine em 1911 que Charcot conseguira manter a histeria no terreno da Neurologia, mas contraditado por Gilbert Ballet que asseverava o contrário, que fora Charcot um dos primeiros a contribuir para deslocar a histeria para o campo da Psiquiatria [6]. Mas foi a abordagem estritamente neurológica do seu discípulo Babinski que acabou por colocar a histeria inteiramente fora da Neurologia, ao propor a noção de pitiatismo e ao considerar a sugestão e a persuasão como únicos mecanismos que importava considerar e que seriam suficientes para explicar todo o

---

[1] Ver MICALE, M., LERNER, P. – Traumatic Pasts. History, Psychiatry and Trauma in the Modern Age, 1870-1930. Cambridge: Cambridge Uiversity Press, 2001.

[2] LOPEZ PIÑERO, J.M. – John Hughlings Jackson (1835-1911). Evolucionismo y Neurologia. Madrid: Moneda y Credito, 1973.

[3] EY, H. – Des idées de Jackson à un modele organo-dynamique en psychiatrie. Toulouse: Privat,1975. Ver também STENGEL, E. – "Hughlings Jackson's Influence in Psychiatry". Brit. J. Psychiat., 109, (1963), pp. 348-355.

[4] As novas teorias psicodinâmicas de Janet e Freud estavam afinal próximas da psicopatologia dos finais do século XIX. O reconhecimento da experiencia subjectiva, e a tradição do hipnotismo levaram á criação de um "espaço interno" pesquisando-se mecanismos não-conscientes, acabando por se dar uma convergência entre "conteúdo, forma e mecanismo" num novo modelo teórico unificado, em Janet primeiro e depois em Freud, a "nova psicopatologia dinâmica". Ver BERRIOS, G.E. – "Descriptive psychopathology: conceptual and historical aspects". Psychological Medicine, 14 (1984), pp.303-313. Sobre o hipnotismo ver: BARRUCAND, D. – Histoire de L'hypnose en France. Paris: PUF,1967.Sobre Janet ver: PRÉVOST, C. M. - La psycho-philosophie de Pierre Janet. Paris: Payot, 1973. Sobre Freud ver: BERCHERIE, P – Genèse des Concepts Freudiens. Paris: Navarin, 1983.

[5] O papel de Charcot e do seu método anátomo-clínico no terreno das doenças orgânicas do sistema nervoso é fundamental.

[6]LEMPÉRIÈRE, T. – "Histoire de la neuropsychiatrie". Annales Médico Psychologiques, 162 (2004), p.43.

conjunto de sintomas histéricos[1], não admitindo o papel das emoções na patogenia dos acidentes histéricos, opinião oposta à defendida, entre outros discípulos de Charcot, por Pierre Janet[2].

As referências à loucura eram muito gerais, do tipo tudo ou nada, baseada em critérios de conduta, sinais, com pequena abertura para matizes de experiencias subjectivas, sintomas. O desenvolvimento da semiologia correspondeu a um gradual fracionamento de velhas categorias.

Os principais diagnósticos herdados pelo século XIX foram a melancolia, a mania, a frenite, a letargia, que estavam baseados mais na observação do que o individuo fazia e na sua conduta exterior do que no que pensava ou sentia, como se pode confirmar pela iconografia da loucura reveladora desta percepção no seculo XIX[3]. A construção dos asilos nos inícios do século XIX foi acumulando doentes num espaço confinado, criando toda a espécie de necessidades médicas, sociais e científicas, com doenças infecciosas que dizimavam a população internada. Os registos do seu estado mental eram pobres, na ausência de listagem oficial de sintomas. Mas pela primeira vez permitiu a observação longitudinal de grupos de doentes, apesar da institucionalização e as variáveis sociais introduzirem um viès importante. Esta introdução de uma dimensão temporal em meados do século é facto importante e nos finais do século fundamental, pois para autores como Kraepelin a evolução e a história natural de uma determinada condição eram cruciais para confirmar o diagnóstico. A incorporação da subjectividade[4] é outro aspecto essencial, que ocorre gradualmente a partir da segunda metade da centúria, quando começa a coligir-se informação subjectiva, decorrendo de um interação mais dialogante com o doente, chegando no final ao desenvolvimento das escolas psicodinâmicas. Contribui para as noções novas de melancolia e mania, baseadas no conhecimento do estado de humor, ou na nova noção de paranoia, baseada nos discursos do paciente, tal como as descrições de estados obsessivos. Os sintomas foram agrupados de

---

[1] Ver LÓPEZ PIÑERO, J. M. – Del Hipnotismo a Freud. Orígenes históricos de la psicoterapia. Madrid: Alianza, 2002. A importância dos trabalhos de Lopez Piñero para o estudo histórico das neuroses é reconhecido por BERRIOS que traduziu para inglês um livro seu: LÓPEZ PIÑERO, J. M. - Orígenes históricos del concepto de neurosis". Madrid: Alianza, 1983. Também Marcel Gauchet e Gladys Swain reconhecem a importância do livro de López Piñero e Morales Meseguer de 1970 para o estudo histórico da neuroses e da psicoterapia. Ver GAUCHET, M.; SWAIN, G. – "Du traitement moral. Remarques sur la formation de l'idée contemporaine de psychothérapie". Paris: Confrontations psychiatriques, nº 26, (1986), pp. 19-40.

[2] Ver BERCHERIE, P. – Genèse des concepts freudiens. Paris: Navarin, 1983; GUILLAIN, G., Ibidem, 1955. Ver na obra antológica de SAURI, J. - Las Histerias. Buenos Aires: Nueva Visión, 1984, os capítulos referentes a Charcot (pp.115-145), Babinski (pp.159-168) e Janet (pp.169-191).

[3] BERRIOS, G.E. – "Historical background to abnormal psychology". In MILLER, E., COOPER, P. J. – Adult Abnormal Psychology. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1988. pp. 26-51.

[4] BERRIOS, G.E., Ibidem, p.37.

acordo com a visão tripartida da psicologia das faculdades kantiana, com as funções intelectuais, emocionais e volitivas. Afeções orgânicas e as loucuras foram incorporadas primeiro, as neuroses mais tarde.

A fragmentação das antigas categorias foi conduzida de acordo com os princípios da psicologia das faculdades e do associacionismo[1], as duas teorias psicológicas influentes em França nos princípios do seculo XIX, que inspiraram a nova classificação das doenças da mente. Outro factor importante resultou de mudanças na epistemologia da medicina, com a visão anatomo-clinica, desenvolvida em França no início do seculo XIX, estabelecendo correlações entre as lesões anatómicas e os sinais clínicos objectiváveis. Na última parte do século XIX, os sintomas são reagrupados em vários síndromes. Se o delirium permanece quase como antes, a doença maníaco-depressiva e as afecções obsessivas constituem novas configurações. Termos clássicos são usados mas com um sentido diferente como mania, melancolia, paranoia, demência e stupor, desaparecendo entretanto a frenite, o carus ou a catalepsia[2]. A formação desta linguagem conceptual resulta pois da confluência de mudanças diversas, desde o desenvolvimento da visão anatomo-clinica da doença na medicina, do associacionismo e da psicologia das faculdades, da incorporação na descrição médica de áreas da experiência humana por sintomas subjectivos, especialmente as experiencias emocionais, a introdução da dimensão temporal na avaliação de sintomas e doenças, e também o desenvolvimento da quantificação. A obra de Kraepelin e sua classificação culmina estes desenvolvimentos.

As antigas categorias de loucura, passaram pois a ser classificadas em intelectuais, emocionais ou volitivas, consoante a faculdade que estava envolvida. Para os finais do século o primeiro grupo foi incluir a demência precoce e os vários estados paranoides; o segundo grupo, as doenças afectivas, tanto maníacas como depressivas; o terceiro grupo, os estados psicopáticos [3]. Quanto às neuroses, a visão psicológica não existia antes de 1890, eram as afecções do sistema nervoso, como nos finais do século XVIII foram definidas por Cullen, observadas com frequência por médicos generalistas. Depois da procura de lesões anatómicas, seguiu-se uma redefinição em termos fisiológicos, até que nos finais do século surge a

[1] BERRIOS, G.E. – The History of Mental Symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. pp.15-31.

[2] BERRIOS, G.E., Ibidem, p.17.

[3] BERRIOS, G.E. – Historical aspects of psychoses: 19th issues. British Medical Bulletin (1987), Vol. 43, nº 3, pp. 484-498.

redefinição em termos psicológicos[1], numa altura em que as psicoses eram consideradas doenças orgânicas por excelência. Quanto aos estados de obnubilação da consciência e desorientação foram também redefinidos indicando afecções orgânicas, sendo os trabalhos sobre confusão de Chaslin[2] de 1895, considerados fundamentais para a definição não de uma doença, mas de um síndrome, uma perturbação global da função mental de etiologia orgânica.
Com os inícios do século XX, há uma viragem ideológica de conjunto, que se caracteriza pela rejeição do cientismo e do positivismo dominantes no período precedente. Aqui se insere a obra de Bergson, *Matière et Mémoire* (1896) *e L'évolution créatrice* (1907), que devem a sua grande influência à crítica da visão atomista e mecanicista da vida mental e contra a versão materialista da história da vida. Paralelamente, em neurologia clínica, surge a revisão da questão da afasia, com a crítica dos postulados associacionistas, favorecendo uma visão global, desenvolvida por Monakow e mais tarde por Goldstein. Tambem H. Jackson acrescenta à visão spenceriana de uma estratificação dos níveis de diferenciação e de complexidade crescentes, a ideia de um controle dinâmico dos níveis inferiores, pelos níveis superiores. Freud reforça este aspecto dinâmico, incorporando uma dimensão energética, vinda da neurastenia, doença da energia[3].

2.2 . CONTEXTO CIENTÍFICO-MÉDICO NACIONAL

A Psiquiatria, na sua lenta afirmação como ramo da Medicina, seguiu por um lado o caminho natural do desenvolvimento técnico-científico da Medicina, beneficiando também do poderoso desenvolvimento da Biologia, da Antropologia, da Sociologia, da Pedagogia, da Criminologia e da própria evolução do pensamento médico. Por outro lado as correntes filosóficas e científicas nas últimas décadas do seculo XIX são divulgadas e popularizadas em Portugal, desde o positivismo de Comte e Littré, o transformismo de Charles Darwin, o evolucionismo filosófico de Herbert Spencer, o monismo naturalista de Ernest Haeckel, ou a antropologia criminal de Cesare Lombroso. Vários destes autores são adoptados pelos alienistas portugueses, que se servem da sua obra para defender uma psiquiatria científica, assente em bases positivas e criticar a psicologia espiritualista e metafísica.

---

[1] LOPEZ PIÑERO, J. M.; MORALES MESEGUER, J. M. – Neurosis y Psicoterapia. Un estúdio histórico. Madrid: Espasa-Calpe, 1970.
[2] CHASLIN, Philippe – "La confusion mentale". In MASSON, M. - 24 Textes Fondateurs de la Psychiatrie. Paris: Armand Colin, 2013. pp. 285-299. (original 1914).
[3] GAUCHET, M. – L'Inconscient cérébral. Paris: Seuil, 1992. pp. 171-188.

Os esforços para a institucionalização da Psiquiatria começam por volta de 1880, abrangendo diversos aspectos a detalhar, desde tentativas de divulgação da ciência psiquiátrica e de construção de uma cultura profissional até às relações dos médicos com o Estado – com destaque para a formação de escolas médicas em torno de figuras carismáticas[1].

Esta divulgação começa nas revistas médicas a partir dos anos de 1880. Tal como aconteceu com a higiene, faz-se a divulgação de aspectos clínicos e científicos da doença mental. O direito do louco a ser considerado um enfermo e um desvalido, é reiterado por Miguel Bombarda, que é preciso proteger, ajudando, medicando e isolando a partir do momento em que a sociedade deva ser protegida e preservada dos danos que o alienado lhe pode causar. A função terapêutica eminentemente médica e a função de defesa social são os dois pólos do trabalho psiquiátrico que são assim frequentemente formulados (sanitário/social), em que insiste especialmente Júlio de Matos. Defende-se a necessidade de uma intervenção precoce e efectiva, criticam-se as ideias erróneas, populares, vagas e supersticiosas sobre a loucura, sendo as ordens religiosas criticadas por poderem contrariar as directivas médicas, tema abordado de forma recorrente por Miguel Bombarda, e enfatiza-se que se trata de doença que pode ser tratada eficazmente pela ciência médica, inclusivamente curada, devendo o labor dos profissionais ser reconhecido e legitimado[2]. Desde 1848 até ao início da década de 1880, o único asilo de alienados, Rilhafoles, concentrava pacientes de todo o país, com preocupações fundamentalmente custodiais, estatísticas e administrativas. As classificações nosográficas utilizavam as mais simples e iniciais classificações de Pinel e Esquirol e por vezes nem isso, com referencias ao comportamento exteriorizado tal como surgia aos olhos de qualquer observador: agitados, tranquilos, imundos, com doenças intercorrentes.

Portugal não acompanhou inicialmente a evolução do pensamento psiquiátrico europeu, sendo 1910 um ponto de chegada de uma história e de uma luta que começara três décadas antes. Um grupo de médicos alienistas irá corporizar este movimento apresentando características comuns, tais como uma formação biologista e higienista, a valorização das ciências naturais, a interpretação somática das doenças mentais, o empenhamento em acções sociais e pedagógicas, a fé profunda na ciência, o empenho na criação de legislação social e assistencial que permitisse reformas com intervenção do Estado na assistência pública[3]. A preocupação principal era actualizar e conhecer a realidade dos outros Estados europeus,

---

[1] PEREIRA, J.M. – "A Psiquiatria no tempo da I República" In: GARNEL, M. R. L. (Coord.) — Corpo: Estado, Medicina e Sociedade no tempo da I República, Lisboa: Centenário da República, 1910-2010, 2010. pp 131-137.

[2] Idem, Ibidem, p.132.

[3] Idem, Ibidem, p.132.

multiplicando-se as influências oriundas dos países mais desenvolvidos, servindo-se de leituras, estágios, correspondência ou viagens de estudo. De acordo com essas ideias, a Psiquiatria teria que ser científica, assente em bases positivas, dando-se início a uma batalha que será longa e difícil.

A primeira figura desta psiquiatria científica foi António Maria de Sena (1845-1890), formado em Coimbra, professor de Fisiologia, evolucionista influenciado por Herbert Spencer, que adoptou a nosografia de Krafft-Ebing e que concebia a alienação como movimento regressivo do homem, influenciado por Maudsley e Morel[1].

A abertura do Hospital do Conde de Ferreira em 1883, por ele dirigido, impulsionou o desenvolvimento da teoria e da prática psiquiátrica e apesar do seu falecimento precoce, este impulso prosseguirá com os seus discípulos Júlio de Matos (1856-1922) e Magalhães Lemos (1855-1931). A publicação de *Os Alienados em Portugal* em dois volumes em 1884 e 1885 constitui o primeiro grande estudo do tema entre nós, no plano histórico, assistencial, social e administrativo. No plano legislativo, deve-se ao seu empenho a publicação de uma lei de 1889 - Lei Sena, que contemplava a assistência aos alienados criminosos.

Entretanto iniciara-se a publicação das revistas *O Positivismo* (1878-1882) dirigida por Teófilo Braga e Júlio de Matos e *Era Nova* (1880-1881) também de orientação positivista, que levam a cabo a divulgação de temas filosóficos, políticos e científicos. Júlio de Matos publica a *Historia Natural Ilustrada* (1880-1882), em seis volumes, que embora seja uma compilação, é uma obra que reflecte a influência de Darwin e Spencer. Em 1884 publica o *Manual das Doenças Mentais* que é o primeiro manual publicado em Portugal, constituindo marco histórico no ensino e divulgação da matéria. Ainda se deve mencionar a *Revista de Neurologia e Psiquiatria* (1888-1889) dirigida por outro pioneiro, Bettencourt Rodrigues (1854-1933), que se especializou em Paris e que organizou o primeiro curso livre de Neuropatologia e Psiquiatria, que leccionou em Rilhafoles entre 1887 e 1889.

Começam assim a surgir dissertações sobre temas de hereditariedade mórbida, de índole higienista, sobre temas psiquiátricos como a histeria, a neurastenia ou sobre as denominadas doenças sociais, como a sífilis ou o alcoolismo. O prestígio da Medicina e da Biologia são muito grandes e autorizaram por vezes analogias com o todo social que era preciso tratar, defendendo-se a necessidade de prevenção das tais doenças sociais ameaçadoras para a sociedade. A Medicina nesta altura atravessava um período de grande entusiasmo pelas

[1] PEREIRA, J. M. – "A evolução do pensamento psiquiátrico de António Maria de Sena". In Luzes e Sombras do Alienismo em Portugal. Porto: Santa Casa da Misericórdia do Porto, 2012. pp. 49-59.

descobertas de Claude Bernard, de Virchow, de Pasteur, de Charcot e de Cajal e enfatizavam-se os estudos anátomo-patológicos, a investigação fisiológica, generalizava-se uma mentalidade etiopatológica, estendendo-se tais influências à psiquiatria, e valorizando-se os avanços na biologia, na antropologia, na criminologia, na pedagogia.

Os médicos vão assim levar a cabo uma esforçada e demorada campanha para sensibilizar os poderes públicos para aspectos clínicos e de risco social, que a sua acção poderia tratar e prevenir, como o problema dos alienados perigosos. Denunciam o abandono e péssimas condições dos pacientes, para os quais não havia lugares nos poucos asilos existentes. As condições precárias do Hospital de Rilhafoles são apontadas e divulgadas, assim como as concepções não científicas. Duas das mais recorrentes queixas eram a ausência de ensino oficial de psiquiatria e a consequência lamentável de se poder ser licenciado em medicina, sem ter praticamente observado um doente mental[1]. As consequências eram salientadas e no caso de crimes, só os alienistas podiam e deviam fazer avaliações, havendo alienados nas prisões nem sequer reconhecidos como tal. Os exames médico-legais eram outro tema discutido, defendendo-se a irresponsabilidade penal dos doentes. As revistas médicas eram local privilegiado para estas reivindicações e denúncias, sendo apresentados casos clínicos e avaliações médico-legais em abono dessas teses. Também o atraso nas formas de tratamento eram referidas, nomeadamente a falta do recurso à hidroterapia e à electroterapia. Os alienistas consideravam ainda que o número de doentes tratados era apenas uma pequena parte e que se impunha a construção de mais manicómios e de colónias agrícolas para dar resposta a muitos casos que não necessitavam de estar fechados no asilo.

Miguel Bombarda foi professor de Fisiologia e Histologia e director do Hospital de Rilhafoles desde 1892 e teve grande papel no ensino e difusão da especialidade. Foi certamente o maior jornalista médico português, publicando na revista *A Medicina Contemporânea* que fundou com Manuel Bento de Sousa e Sousa Martins, centenas de trabalhos, notas, críticas, editoriais e comentários sobre assuntos médicos e sociais, divulgando novas ideias, defendendo a moral cientifica contra as ideias religiosas, criticando o atraso na assistência e a falta de condições dignas para os doentes mentais[2].

---

[1] PEREIRA, J. M. – “A psiquiatria no tempo da I República”. In Corpo. Estado, Medicina e Sociedade no tempo da I República. Centenário da República 1910-2010. Imprensa Nacional Casa da Moeda, 2010. pp. 131-137.

[2] PEREIRA, A. L., PITA, J. R. (Coordenação) – Miguel Bombarda e as singularidades de uma época. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2006.

A outra grande figura médica é Júlio de Matos que cedo entrou no debate filosófico e científico e logo em 1879 publicou "Ensaio sobre a evolução em biologia"[1] nas páginas da revista *O Positivismo*, em que afirma como conclusão que considera impossível um positivista deixar de aceitar o transformismo, depois dos trabalhos de Darwin, Wallace e Haeckel. Em 1882, nas páginas da mesma revista escreve o obituário de Darwin, muito elogioso apesar das diferenças filosóficas que considera existirem. Vai ser sempre fiel à defesa do darwinismo e do evolucionismo e da sua integração no programa positivista. Sucede a Sena na direcção do Hospital Conde de Ferreira após o seu falecimento prematuro. As publicações de Matos são importantes pois é o maior tratadista da psiquiatria portuguesa, o seu mais organizado e sistemático teórico e também a figura mais influente no momento da sua estruturação oficial[2]. Num importante trabalho de 1908 "Os Alienados em Portugal" sintetiza a situação portuguesa em matéria de assistência psiquiátrica, legislação e ensino, considerando este ramo assistencial um dos mais importantes problemas sociais, não se tratando apenas de doentes a necessitar de tratamento, mas também de "agentes de dissolução, reclamando da colectividade um movimento defensivo, dados os riscos que a sua descendência apresenta, sendo causa de degenerescência das raças"[3]. A hospitalização era a harmonização de duas finalidades aparentemente contraditórias: abrigo e meio de tratamento, mas também único instrumento eficaz de defesa para a sociedade.

Magalhães Lemos foi um neurologista e psiquiatra, adepto de um naturalismo mais atenuado, discípulo de Charcot e de Magnan, adepto da psicologia associacionista e do método anátomo-clinico, que para além de trabalhos neurológicos se interessou pela assistência psiquiátrica.

O decreto de 11 de Maio de 1911[4] sobre a "Assistência aos Alienados" da autoria de Júlio de Matos, autorizava o governo da República a edificar sete novos manicómios e a criar dez colónias agrícolas, uma por cada província, Açores e Madeira, e avançava com a possibilidade de se instituírem futuras colónias familiares para assistência de alienados incuráveis e válidos, ao mesmo tempo que regulava técnica e administrativamente esse serviço público.

[1] MATTOS, Júlio de – "Ensaio sobre a Evolução em Biologia". O Positivismo, vol. 1, Porto, (1878-1879), pp. 94-101; pp. 208-212; pp. 291-294.
[2] PEREIRA, A. L. – "Matos, Júlio Xavier de (1856-1922) ". In Dicionário de História da I República e do Republicanismo. Volume II. Lisboa, Assembleia da República, 2014. pp. 793-796.
[3] MATTOS, Júlio de – "Os Alienados em Portugal. Assistencia-Legislação-Ensino da psychiatria". In Notas sobre Portugal. Vol. I. Lisboa: Imprensa Nacional, 1908. pp .669-683.
[4] "Assistência aos Alienados em Portugal". A Medicina Contemporanea. Lisboa: nº19, (1919), pp.145-152.

Deste grandioso plano, Júlio de Matos só assistiu ao início da construção do novo Manicómio de Lisboa em 1913, que foi sofrendo atrasos, dificuldades de financiamento e paragens sucessivas, só entrando em funcionamento cerca de três décadas depois. No plano das ideias o pensamento psiquiátrico foi dominado pelo positivismo de Júlio de Matos até ao seu falecimento em 1922. O seu influente tratado *Elementos de Psiquiatria* de 1911 é reeditado em 1923, sem quaisquer alterações. Permaneceu fiel aos seus autores de referência e imune às influências de novas orientações psiquiátricas e psicodinâmicas que percorriam a Europa[1].

Sobral Cid sucedeu em 1923 a Júlio de Matos, na Cátedra de Psiquiatria de Lisboa. No plano da evolução das ideias psiquiátricas o período positivista é ultrapassado em 1924 com a publicação de trabalhos de Sobral Cid, mas em termos assistenciais as dificuldades persistiram e até se agravaram[2].

O trabalho "Classificação e Sistemática Geral das Psicoses"[3] em 1924, marca uma diferença ao considerar científica a compreensão dos actos do paciente no seu contexto social, em pé de igualdade com a explicação causal em termos anátomo-fisiológicos. Tratava-se de um começo da compreensão da mente dos pacientes: superação da redução biológica naturalista com integração da dimensão psicológica. Este esboço da reintrodução na medicina mental do sujeito individual testemunha a influência de novas concepções teóricas que já se faziam sentir entre nós através das obras de Pierre Janet, Sigmund Freud, Henri Bergson e Karl Jaspers e agora atingiam também o pensamento psiquiátrico[4].

Em 1924, o texto da conferência "A Vida Psíquica dos Esquizofrénicos"[5] é muito influenciado pela obra de Eugen Bleuler, o primeiro professor de psiquiatria que procurou incorporar o pensamento psicanalítico no seu Serviço. Neste texto, Sobral Cid procura mostrar o carácter evolutivo e dinâmico dos sintomas utilizando os mecanismos psicológicos

---

[1] PEREIRA, J. M. – "Classificação e Reconceptualização das doenças na Psiquiatria Portuguesa. A contribuição de Júlio de Matos (1884-1923). In Estudos do Século XX. Coimbra: Imprensa da In Estudos do Século XX. Coimbra: Imprensa da Universidade, número 12, (2012), pp. 347-364.

[2] PEREIRA, J. M. – "Psiquiatria na I República". In Dicionário de História da I República e do Republicanismo. Volume III. Lisboa, Assembleia da República, 2014. pp. 425-432.

[3] CID, José de Matos Sobral - "Classificação e sistemática geral das psicoses". Lisboa Médica. Lisboa. (1924), pp. 209-223; pp. 295-309.

[4] PEREIRA, J. M. – "Psiquiatria na I República". In Dicionário de História da I República e do Republicanismo. Volume III. Lisboa, Assembleia da República, 2014. pp.425-432. A expressão "introdução do sujeito em medicina" é de Viktor von Weizsacker, um internista. Aspirava a desenvolver, frente à tradicional história clínica científico-natural, uma história clínica que fosse um relato patográfico antropológica e biograficamente orientado. Ver LAIN ENTRALGO – El diagnóstico médico. Historia y teoria. Barcelona: Salvat, 1982. pp. 162-172.

[5] CID, José de Matos Sobral –"A vida psíquica dos esquizofrénicos". Sep. Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa. Lisboa: Tomo LXXXVIII – Março a Maio, 1924.

de defesa, e incorporando conceitos de Bleuler, Freud e Jung para procurar a compreensibilidade dos sintomas e realçar a importância dos complexos ideo-afectivos.

Em 1927 defendia a transformação do complexo asilar num conjunto de organismos de assistência diferenciados, tendo em vista a terapêutica, a profilaxia e a revalorização social do doente. Insiste na criação de dispensários já com objectivos de higiene mental, na localização do hospital psiquiátrico junto da faculdade, com serviços abertos, a terapia ocupacional, a assistência social e a assistência familiar, para os totalmente inválidos as unidades asilares e as colónias agrícolas, aliás já reclamadas pelos seus antecessores. Reconhece os inconvenientes do hospitalismo, escrevendo que os internamentos prolongados são em regra nocivos.

O empenho desta geração de alienistas na divulgação científica, na defesa de reformas da assistência pública, na criação de legislação social e assistencial para um sector tão marginalizado e esquecido e na consagração do ensino oficial da especialidade é extraordinário e relativamente bem conseguido, aproximando o país dos restantes países da Europa. Mas os planos e projectos que a república tentou criar e pôr em prática foram em grande parte frustrados por erros, dificuldades financeiras mas também estruturais, apresentando limitações importantes, algumas gerais e comuns aos outros países, mas outras agravadas pela difícil situação do país, anterior e presente. Três pontos críticos devem ser salientados: em primeiro lugar a situação dos asilos[1], pois a *utopia institucionalizadora* de Júlio de Matos não era de fácil realização nem suscitava o entusiasmo de Sobral Cid, mas afinal nenhum hospital foi construído e a situação do Manicómio Bombarda foi-se agravando progressivamente. Escasso número de médicos, superlotação de doentes, um asilo hierarquizado, burocrático, com regulamentos administrativos rígidos, tornava o tratamento individualizado impossível ou ilusório. Se acrescentarmos a utilização do trabalho dos internados em proveito do estabelecimento, a mortalidade elevada por infecções intercorrentes, a frequente utilização da contenção física, a limitação dos meios terapêuticos e o isolamento do exterior, temos um cenário que é afinal de prolongamento da situação anterior à reforma de 1911. Por outro lado o asilo continuava para muitos a ser o único tratamento possível, dada a convicção da incurabilidade e cronicidade e as tentativas frustes de criar colónias agrícolas ficaram igualmente adiadas, tal como os dispensários.

---

[1] PEREIRA, J. M. – "Psiquiatria na I República". In Dicionário de História da I República e do Republicanismo. Volume III. Lisboa, Assembleia da República, 2014. pp. 425-432.

É importante referir também a questão da extensão e limites da compreensão psicopatológica[1]: os limites desta compreensão radicavam no domínio quase exclusivo duma perspectiva somático/biológica em detrimento da dimensão psicológica e biográfica e das influências socioculturais, sendo frequente uma biologizaçao dos factos sociais. Além disso, o conceito de degenerescência e conceitos psiquiátricos derivados foram por vezes generalizados e aplicados a factos e a líderes políticos, a situações de índole moral ou religiosa e até para caracterizar tendências estéticas e literárias. Lentamente o determinismo hereditário foi perdendo terreno, até por novos conhecimentos trazidos pelas ciências da vida, favorecendo a difusão de modelos de interpretação psicológica, já detectáveis nos últimos anos da República.

Outro tema que importa referir são os exames médico-legais, pois a despeito da atenção e dos progressos na avaliação e reconhecimento de doença mental, houve situações de conflito e incompreensão quando os alienistas utilizaram diagnósticos como loucura moral, loucura lúcida, e estados de desequilíbrio, todos considerados degenerativos. Como se comprova em casos como o de Maria Adelaide da Cunha[2], os pareceres psiquiátricos misturavam conceitos médicos, opiniões de carácter social e juízos morais. Tal como evidenciado em trabalhos de Lanteri-Laura[3] sobre o tema, os exames médico-legais nesta altura tornaram-se progressivamente adjuvantes da manutenção da ordem social, numa convergência entre moral científica e defesa da estrutura familiar e valores associados, que também ocorreu em Portugal[4].

A evocação do que fora o espírito do tempo no contexto científico e cultural no que diz respeito à Faculdade de Medicina de Lisboa nos anos de 1925-1930 é-nos dada por Barahona Fernandes, que a viveu e que pode permitir nas suas próprias palavras "ter uma noção da Medicina portuguesa da época, ainda de orientação francamente positivista"[5]. Esse texto, apresentado no Congresso Luso-Espanhol celebrado em Coimbra em Junho de 1956, corresponde a uma síntese tão rica que justifica várias transcrições parciais. Começa por se referir nas ciências básicas ao grupo de grandes morfologistas, como Mark Athias, Henrique

---

[1] PEREIRA, J. M. – "Psiquiatria na I República". In Dicionário de História da I República e do Republicanismo. Volume III. Lisboa, Assembleia da República, 2014. pp. 425-432.

[2] GONZAGA, Manuela – "Cronica de um erro médico. A história de Maria Adelaide Coelho da Cunha". In: Luzes e Sombras do Alienismo em Portugal. Porto: Stª Casa da Misericórdia do Porto, 2012. pp. 185-198.

[3] LANTERI-LAURA, G. – "La chronicité dans la psychiatrie française moderne". Annales Economies Sociétés Civilisations, vol. 27, nº 3 (1972), pp. 548-568.

[4] PEREIRA, J. M. – "Psiquiatria na I República". In Dicionário de História da I República e do Republicanismo. Volume III. Lisboa, Assembleia da República, 2014. pp. 425-432.

[5] FERNANDES, H. Barahona – "Novas Perspectivas da Medicina". In Associação Portuguesa para o Progresso das Ciências. XXIII Congresso Luso-Espanhol. Tomo I. Coimbra: Coimbra Editora, 1956. p. 189.

de Vilhena e Celestino da Costa, lembrando a tradição da investigação estimulada por Miguel Bombarda, na biologia por Athias, Ferreira de Mira e Simões Raposo, na farmacologia Silvio Rebello, e na bacteriologia Aníbal Bettencourt. Caracteriza a clínica médica em que pontificavam Pulido Valente e Fernando da Fonseca como marcando o tom do sólido cientismo no ensino clínico. Na neurologia, considera que António Flores colocava a nota da exactidão e objectividade na observação clínica e anatómica e Egas Moniz a sua chispa de clínico inovador de métodos de diagnóstico e terapêutica. Na psiquiatria refere Sobral Cid, sucessor de Júlio de Matos, como representando *"a referência à mente do enfermo, cultivando com subtileza a compreensão psicológica",* e Elisio de Moura que em Coimbra, *"mantinha viva a chama da psicoterapia, inclusive das doenças viscerais, num psicossomatismo de precursor"*[1].

Asseverava que pouco se repercutira entre nós a crise do pensamento médico-científico. Lembra que Eduardo Coelho lançara Bergson na patologia cerebral[2], alguns ousavam timidamente falar de Freud, cultivado na sua feição bleuleriana por Sobral Cid[3], iniciando-se os estudos constitucionalistas com Mendes Correia, Luís de Pina, Vítor Fontes, e a avaliação da personalidade dos doentes por testes.

Faz um resumo da vida social portuguesa, que continuava agitada na política, mas estável estruturalmente, com uma investigação científica que progredia lenta e penosamente, uma organização hospitalar estagnada, sem aproveitamento conveniente dos meios técnicos de diagnóstico radiológico e laboratorial já existentes[4].

A filosofia dominante nos meios médicos era o positivismo naturalista que cientificamente ninguém se atrevia a pôr em causa, por muito que ideologicamente seguisse ou simpatizasse com outras correntes. Embora estivesse ultrapassado o materialismo grosseiro e mecanicista, dominava a ideia de que toda a Medicina se devia fundamentar nas ciências naturais, em particular na física e na química[5]. O monismo materialista era tacitamente aceite, não se sentia a influência do materialismo dialéctico, e afastavam-se, como indignas da ciência, as considerações vitalistas, despertadas, então de novo, em vários escritos, por exemplo em Von

---

[1] Idem, Ibidem, p.190.

[2] Barahona Fernandes refere-se à tese de doutoramento de Eduardo Coelho. Ver COELHO, E. – Das relações do estado cerebral com o estado mental. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1923.

[3] Idem, Ibidem, pp.190. Trata-se principalmente da conferência de Sobral Cid sobre "A vida psíquica dos esquizofrénicos" de 1924.

[4] É possível estabelecer um contraste com as esperanças e os intentos da Reforma de 1911, de acompanhar os outros povos civilizados na prática clínica, que com o alargamento dos estudos e a montagem de laboratórios permitiam a colaboração portuguesa na criação científica. Ver: MIRA, M. Ferreira de – História da Medicina Portuguesa. Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade, 1947. p. 516.

[5] FERNANDES, H. Barahona, Ibidem, p.190.

Monakow, conhecido entre nós através da sua colaboração com Mourgue, referindo a obra que publicaram em 1928[1].

Lembrava que as ideias evolucionistas, que tiveram grande influência nos alienistas de Sena até Bombarda e Júlio de Matos, *"ecoavam no interesse pelo estudo da hereditariedade, ainda impregnado do conceito moreliano de degenerescência"*[2], e renovava-se o interesse pela doutrina das constituições, reafirmada na clínica com a aplicação da tipologia de Kretschmer na psiquiatria, na antropologia médica e na endocrinologia.

Barahona Fernandes concluía confirmando que as linhas mestras do saber médico do começo do segundo quartel do nosso século assentavam ainda essencialmente na anatomia patológica, na bacteriologia e na fisiologia experimental. Acrescenta que o determinismo por agentes patogénicos bem definíveis era um axioma: a doença era a lesão de um órgão bem delimitada, apesar de se admitirem correlações orgânicas, e as queixas do doente, expressão dos desvios funcionais dos grandes sistemas, os sintomas da doença[3].

Se a razão, a ciência e o progresso pareciam decorrer do iluminismo e do cientismo oitocentista, na Medicina acreditava-se naturalmente que a biologia iria conduzir à descoberta de quase todos os enigmas, dominar as forças da natureza, desvendar as suas leis. As convicções anti-metafísicas decorriam da ideia naturalista do homem, explicado a partir das teorias evolutivas que o colocavam na linhagem dos outros seres vivos. As ciências básicas eram a física e a química, aplicadas à biologia, através dos métodos de observação e experiencia. A noção de causalidade e o determinismo eram imperativos e evidentes, e contrapostos à ideia de livre-arbítrio considerado falacioso e um resquício metafísico. O pensar médico era organicista, focando preferencialmente o morfológico, de forma estática, localista e analítica[4]. Com as descobertas anatómicas do sistema nervoso e das localizações encefálicas, reforçava-se a ideia de paralelismo entre as leis psicológicas de associação de ideias e as ligações anatómicas, as sinapses e redes neuronais. A psicologia ficava quase reduzida à fisiologia nervosa, e a psique era um epifenómeno da vida material, podendo pois falar-se de um materialismo mecanicista. Esta era a visão dominante, embora houvesse discordâncias diversas, que depois se sucedem em crescendo, conduzindo a posições que recusam as versões mais marcadas do positivismo e do materialismo, sendo influente nos

[1] MONAKOW, C. V., MOURGUE, R. – Introduction Biologique à l'étude de la Neurologie et de la Psychopathologie. Paris: Felix Alcan, 1928.
[2] FERNANDES, H. Barahona, Ibidem, p.191.
[3] FERNANDES, H. Barahona – "Novas perspectivas da Medicina". In Associação Portuguesa para o Progresso da Ciências. XXIII Congresso Luso-Espanhol. Coimbra: Coimbra Editora, 1956. Tomo I, pp. 187- 208.
[4] FERNANDES, H. Barahona – A Ideia do Homem na Medicina Actual. Lisboa: Livraria Portugal, 1957.

meios intelectuais já no período da República a obra de Bergson[1], o que homens como Jaime Cortesão[2] ou António Aurélio da Costa Ferreira[3] testemunham, e antes ainda a obra menos importante de Alfred Fouillée[4], apesar de se manter a forte tradição positivista da medicina e de toda a ciência portuguesa[5]. A reacção contra o naturalismo é antecipada no plano filosófico por Kierkegaard, Schopenhauer e Nietzsche mas os personagens mais influentes no terreno das ciências psicológicas foram Bergson e William James, além de Freud[6]. Curiosamente, Barahona Fernandes anota que muitos investigadores que usam métodos estritamente físico-químicos, biológicos e médicos, contraditoriamente defenderem no seu especular teorético, o intuicionismo e o neovitalismo, quando não o próprio irracionalismo[7].

A grande lacuna que constituía a ausência do ensino da Neurologia e da Psiquiatria em Portugal e as chamadas de atenção para essa anomalia, não deixaram de suscitar tentativas para a atenuar, da parte dos médicos mais empenhados nessas matérias, que criaram formas do seu ensino livre. Assim, em 1890, no Porto, Magalhães Lemos, médico adjunto do Hospital do Conde de Ferreira, abriu no hospital um curso clínico de doenças mentais e nervosas e nos anos seguintes ele e Júlio de Matos, faziam conferências de psiquiatria e neurologia aos domingos. Em 1895, Lopes Martins abriu na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, um curso de neuropatologia e de psiquiatria, até 1898, enquanto prosseguiam as conferências no H.C.F. Por fim a escola convidou Júlio de Matos a fazê-lo oficialmente, embora sem carácter obrigatório, em 1909[8]. Em Lisboa, o pioneiro foi Bettencourt Rodrigues que fez cursos de neuropatologia e de psiquiatria de 1887 a 1890, em Rilhafoles. Mais tarde

---

[1] BERGSON, Henri – Essai sur les données immédiates de la conscience em 1889. Matière et Mémoire em1896, e L'Évolution Créatrice em 1907.

[2] Cortesão escreve mesmo que "hoje o bergsonismo é a corrente intelectual preponderante, e a que mais renovadora influência está exercendo em toda a filosofia". Ver CORTESÃO, J. – A Arte e a Medicina. Antero de Quental e Sousa Martins. Coimbra: Tip. França Amado, 1910. p. 106.

[3] FERREIRA, A. A. da Costa – Algumas lições de Psicologia e Pedologia. Lisboa: Lumen, 1921.

[4] FOUILÉE, Alfred – Le Mouvement Idéaliste et la réaction contre la Science Positive. Paris: Félix Alcan, 1896.

[5] FERNANDES, H. Barahona – Filosofia e Psiquiatria. Coimbra: Atlântida, 1966. p. 199.

[6] Não deixa de ser interessante que, como anota Will Durant, o sistema de Herbert Spencer tenha sido a expressão culminante do ponto de vista mecanicista, e que Henri Bergson, o David destinado a abater o Golias do materialismo, houvesse sido na mocidade um devoto de Spencer". Ver DURANT, W – História da Filosofia. Lisboa: Livros do Brasil, s.d. Também Freud foi influenciado pelo evolucionismo e pela biologia do seu tempo. Ver RITVO, L. – Darwin's influence on Freud: A Tale of two Sciences. New Haven: Yale University Press, 1990. Em Portugal, a influência de Freud foi posterior à de Bergson.

[7] FERNANDES, H. Barahona – A Ideia do Homem na Medicina Actual. Lisboa: Livraria Portugal, 1957. p. 32.

[8] LEMOS, A. Magalhães – A Psiquiatria e a Neurologia no Porto. História e estado actual do seu ensino. Porto: Emp. Indust. Gráfica do Porto, 1925.

Bombarda, a partir de 1892, vai ter papel fundamental no ensino e assistência psiquiátrica em Lisboa[1].

Em Coimbra em 1907-1908 surgiu o primeiro Curso livre de Neurologia por Elísio de Moura que se manteve até 1911 quando pela reforma se constituiu a Clínica Neurológica[2].

O interesse por estas matérias ia-se alargando progressivamente. A revista *A Medicina Contemporânea* noticiava em 1905 que se iria realizar pela primeira vez, em 1907, um Congresso Internacional de Psiquiatria, Neurologia e Assistência aos Alienados, a realizar em Amsterdão[3]. O comité científico anunciava-se presidido por Miguel Bombarda, o secretário José de Magalhães, o tesoureiro Bettencourt Ferreira, sendo vogais Caetano Beirão, Carlos Santos, Egas Moniz, Joaquim Urbano da Costa Ribeiro, José de Lacerda, Júlio de Matos, Lemos Peixoto, Magalhães Lemos, Mauperrin Santos, Ricardo Jorge e Virgílio Machado.

Mas é com a República que todas as esperanças e anseios pareciam ir concretizar-se. O diploma da reforma do ensino médico de 1911[4] tem um relatório inicial, que era uma espécie de preambulo ideológico, em que se afirma ser o ensino a questão primacial, ponto de base e partida para os demais serviços. Historia-se depois ao dizer que a Revolução Francesa destruiu as instituições de ensino herdadas da sociedade católica e criou, sob a inspiração dos enciclopedistas e dos convencionais, novos organismos pedagógicos[5]. O diploma cita Rousseau e Diderot, críticos da organização social contemporânea e arautos de novas ideias pedagógicas e recorda que em Portugal a revolução constitucional teve em Passos Manuel o seu reformador, que criou os liceus, remodelou a Universidade e fundou as Politécnicas e as Escolas Médicas segundo os modelos das escolas especiais da Revolução Francesa. Afirma-se ainda que "A Revolução Portuguesa de 5 de Outubro tem o dever de reformar os diversos ramos de ensino para chamar a Nação ao exercício da democracia, pela difusão da cultura primária; para educar pessoal dirigente, pela remodelação do ensino superior; e ainda para satisfazer de uma forma cabal as necessidades sociais futuras e de ocasião, pelo aperfeiçoamento das escolas que preparam para o exercício dos serviços públicos e profissões liberais"[6]. Dentro da vasta e profunda reforma do ensino pretendida, o governo não podia esquecer a reforma dos estudos médicos, sendo o diploma resultante de discussões, alterações

---

[1] MIRA, M. Ferreira de – História da Medicina Portuguesa. Lisboa: Ed da Empresa Nacional de Publicidade, 1947, pp.492-495.

[2] RIBEIRO, F. A. – Elísio de Moura. Separata da Coimbra Médica, nº 8, Livraria Académica, (1947), pp.12-13.

[3] A Medicina Contemporânea, nº 33, (1905.

[4] Reforma do ensino médico. Decreto com força de Lei de 22 de Fevereiro de 1911 (D. do Governo, nº 45 de 24 de Fevereiro). Ver Anuário da Universidade de Coimbra (1910-1911), pp.265-284.

[5] "Reforma do ensino médico". Relatório. Ver Movimento Medico, Coimbra, nº5 (1911), pp.70-78.

[6] Ibidem, pp. 70-78.

e pareceres trazidos pela Faculdade de Medicina de Coimbra e das Escolas Médicas de Lisboa e do Porto. Defendia-se um ensino prático, com a frequência obrigatória de laboratórios e clínicas, visando ultrapassar o velho vício da teorização exagerada e descuramento da prática profissional[1]. Entendia-se por ensino prático o que o aluno realiza nos laboratórios e clínicas, em contacto directo com os factos. E o diploma enfatiza ainda tratar-se de facultar ao aluno os meios próprios de investigação, de o adestrar no seu manejo, de o familiarizar com o seu emprego até que se habilite a servir-se de todos os meios alcançáveis na descoberta da verdade[2]. Neste sentido, o diploma vai abolir os preparatórios médicos, estreitando o ensino extra-hospitalar em proveito da frequência das clínicas. As ciências fundamentais deviam praticar-se em instalações e laboratórios especiais e próprios, independentes dos hospitais, e as faculdades devem funcionar como escolas de instrução médica e centros activos de produção científica. Aborda-se também o sistema de recrutamento do professorado, criticando-se o princípio exclusivo do concurso e os actos de ostentação a que dava lugar, "podendo afastar os competentes especializados que não se sentem à vontade num acto de falsa erudição e generalidades"[3]. Admitia-se um concurso para o lugar de segundo assistente, fazendo-se o complemento da carreira professoral por concorrência e selecção sucessiva para os lugares de primeiro assistente e professor extraordinário, e por antiguidade para o lugar de professor ordinário. Criava a classe dos professores livres[4], cujos cursos tinham o mesmo valor que os cursos oficiais, e não sobrecarregavam o Tesouro, pois seriam directamente remunerados pelos alunos, que ficavam com a liberdade de escolher o professor que desejassem, e assim as clínicas de maior fama seriam as mais concorridas. Por outro lado, a faculdade podia escolher os seus professores extraordinários e ordinários entre os professores livres, e estes teriam pois o maior empenho em desenvolver o seu ensino, pois garantia-lhes maior frequência e também o acesso ao ensino oficial[5].

Quanto aos estudos médicos, partindo de mais larga preparação biológica, concedia-se a maior atenção às clínicas gerais, cirurgia e obstetrícia, especialidades clínicas e altos estudos de investigação científica, e eram definidos três ciclos de ensino: o primeiro, constituído pelas disciplinas basilares do curso, cujo ensino era feito em institutos próprios; o segundo ciclo, já a ser professado nos hospitais e estabelecimentos especiais de serviço público (instituto de

[1] Ibidem, p.71.
[2] Ibidem, p.71.
[3] Ibidem, p.72.
[4] Ibidem, p.73.
[5] Ibidem, p.73. Note-se que para alcançar o diploma de professor livre, era necessário completar o serviço de recondução no lugar de primeiro assistente.

higiene, morgue) anexos às faculdades, compreendendo a aplicação das ciências do primeiro ciclo à diagnose e tratamento das doenças por meio da clínica, e a aplicação das ciências fundamentais e das clínicas à vida social[1]; e o terceiro ciclo compreendendo o ano de tirocínio complementar durante o qual o aluno pode preparar a tese, recolhendo os elementos para um trabalho original. A tese completava o curso, depois as faculdades conferiam o título de Doutor em Medicina e Cirurgia com direitos ao exercício da clínica e privilégios inerentes. Para os estudos do 2º e 3ºciclos o governo anexaria às faculdades os hospitais julgados necessários. No plano geral dos estudos médico-cirúrgicos nas faculdades de Lisboa, Porto e Coimbra, surgiam a Cadeira de Clínica Neurológica, de Clínica Psiquiátrica e o curso de Psiquiatria Forense, e era de notar também a criação da Cadeira de História e Filosofia Médicas, Ética Profissional. As disciplinas eram cursadas no tempo mínimo de 12 semestres, tendo os alunos, além das provas de frequência e exames naquele período, obrigação de mais um ano de tirocínio prático complementar, que compreendia três meses de internato numa clínica medica e nove meses de internato em qualquer clínica geral ou especial, à escolha dos alunos[2]. As cadeiras eram regidas somente pelos professores ordinários e extraordinários e os cursos por professores ou pelos primeiros assistentes. Outros diplomas legislativos virão complementar o da reforma do ensino médico, como o Decreto de 19 de Abril de 1911 sobre a Reforma das Universidades[3], o Decreto de 27 de Abril sobre a Reforma dos Hospitais da Universidade[4], e o Decreto de 23 de Agosto sobre o Regulamento das Faculdades de Medicina[5]. A assistência psiquiátrica foi contemplada com o Decreto de 11 de Maio, criando a organização de manicómios e colónias agrícolas[6].

A listagem dos estabelecimentos de ensino médico, da faculdade e fora da faculdade e de assistência pública e outros serviços, sua missão, constituição e funcionamento pode esquematizar-se, neste período (1911-1912) referindo apenas a área neuropsiquiátrica: nos Hospitais da Faculdade de Medicina de Lisboa, Hospital de Santa Marta, a Neurologia era

---

[1] Ibidem, p.73. No primeiro caso, eram as Propedêuticas, as Patologias e as Clínicas, Médicas e Cirúrgicas, a Terapêutica, a Clínica Obstétrica e as Especialidades. No segundo caso, consistia na Higiene e na Medicina Legal.
[2] Ibidem, p.74.
[3] Decreto com força de Lei de 19 de Abril de 1911. (D. Governo, nº 93, de 22 de Abril). O anúncio da criação de mais duas Universidades (Lisboa e Porto), já tinha sido feito pelo Decreto de 22 de Março de 1911. Ver Anuário da Universidade de Coimbra (1910-1911), Imprensa da Universidade.
[4] Decreto com força de Lei de 27 de Abril de 1911 – Reforma dos Hospitais da Universidade. Ver Anuário da Universidade de Coimbra (1910-1911), pp. 436-442.
[5] Decreto de 23 de Agosto de 1911 – Regulamento das Faculdades de Medicina das Universidades de Coimbra, Lisboa e Porto (D. Governo, nº 198, de 25 de Agosto de 1911).
[6] Decreto com força de Lei de 11 de Maio de 1911. Ver "Assistência aos Alienados em Portugal", A Medicina Contemporanea, Ano XXIX, nº 19 (1911), pp.145-152.

dirigida por Egas Moniz, sendo o 1º assistente António Flores, e como 2º assistentes, Cancella de Abreu e Manoel de Vasconcellos. As consultas de doenças mentais da responsabilidade do Prof. Egas Moniz, às segundas e sextas às 9 horas, o horário das aulas de Clínica Neurológica eram às terças, quintas e sábados às 12 horas, sendo os trabalhos práticos obrigatórios. O Manicómio Bombarda (antigo hospital de Rilhafoles) funcionava provisoriamente como manicómio de 1ª classe, de acordo com a lei em vigor, com a população máxima de 700 alienados, tendo como médico director o professor de psiquiatria Júlio de Matos, como adjunto o professor de psiquiatria forense Sobral Cid, policlínicos Caetano Beirão e Alfredo Schultz, 1os assistentes Archer e Silva e Pulido Valente e 2º assistente António de Lacerda[1]. Mencionam-se ainda como Hospital para Alienados, na Idanha, feminino, e no Telhal, masculino, e também os hospitais das Ordens Terceiras de S. Francisco e do Carmo. Anote-se ainda nesta altura a existência de um Posto Antropométrico Central (antigo Convento das Trinas), organizado em 1911, com duas secções: identificações, dirigida por Diogo Valladares e estatística criminal, dirigida por Caetano Beirão, tendo por fim a identificação de todos os indivíduos condenados por crimes, assim como os presos indicados pela autoridade judicial ou administrativa. E um Posto Antropométrico da Polícia, dirigido por Balbino do Rego, tendo por missão a identificação dos presos que passem pelos calabouços do Governo Civil, mensurando-os, fotografando-os de perfil e de face, registando a sua descrição sinalética e cromática e colhendo as suas impressões digitais[2]. Salientavam-se também as agremiações científicas, como a Academia das Ciências de Lisboa, com uma secção de ciências médicas; a Sociedade das Ciências Médicas, com preocupações de saúde pública, outros ramos da biologia e questões de deontologia medica, que efectuava duas sessões por mês aos sábados às 9 horas da noite e publicava o *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. O jornal médico mais importante era *A Medicina Contemporânea,* semanal. Em 1919 foram nomeados 2os assistentes de Psiquiatria, António de Lacerda Pereira e Sousa, Fernando David Martins Pereira, e Luís Henrique da Silva Pacheco; eram assistentes de Neurologia, Arnaldo Abranches de Almeida Dias e Manuel Vasconcelos Carneiro e Meneses (exonerado em 1920)[3]. A partir de 1923, a cátedra de Psiquiatria passa a pertencer a Sobral Cid, após o falecimento de Júlio de Matos em 1922.

Na Faculdade de Medicina do Porto, com a reforma de 1911, foram nomeados professores de Psiquiatria, Júlio de Matos, e de Neurologia, Magalhães Lemos, mas com a saída a curto

---

[1] "Centro Universitário de Lisboa". A Medicina Contemporanea, nº 51 (1912), pp.410-421.
[2] Idem, pp.419-420.
[3] Anuário da Universidade de Lisboa. Ano lectivo (1919-1920). Lisboa: Imprensa Nacional, 1928.

prazo de Júlio de Matos para Lisboa[1], ficou Magalhães Lemos a reger também Psiquiatria. A clínica da Faculdade no Porto estava sediada no Hospital de Santo António, mas pela reorganização dos serviços, o ensino da psiquiatria ficou no Hospital do Conde de Ferreira, que tinha sido criado e mantido com o legado do Conde de Ferreira destinado a alienados, sendo nesta altura (1911-1912) director clínico Magalhães Lemos, e médicos adjuntos, J. Urbano Ribeiro, Lemos Peixoto e Forbes Costa, hospitalizando mais de 500 doentes. Das agremiações salientava-se a Associação dos Médicos do Norte de Portugal, promovendo reuniões científicas e um boletim, e dos jornais médicos havia a *Gazeta dos Hospitais do Porto*, o *Jornal dos Médicos e Farmacêuticos*, e *A Medicina Moderna* [2]. Em 1918, a cadeira de Neurologia foi confiada a José de Magalhães, que já regia desde 1916 o curso de Psiquiatria Forense e era médico-adjunto do Hospital e em 1923 o curso de Neurologia foi confiado a Gonçalves de Azevedo, 1º assistente da Faculdade de Medicina, passando o ensino a ser feito no Hospital de Santo António[3]. José Fernandes de Magalhães (1861-1927), além de médico adjunto em 1915 fora sub-Director do Manicómio do Conde de Ferreira e regeu Neurologia até 1922. O 1º assistente Jorge de Azevedo Maia foi encarregado do curso de Neurologia desde 1925-26. Magalhães Lemos continuou professor de Psiquiatria e Psiquiatria Forense, tendo sido 2º assistente de Neurologia e Psiquiatria, José da Silva Ferreira Baía Júnior de 1919 a 1927, e depois foi nomeado em 1927 o 2º assistente de Neurologia e Psiquiatria, Alberto Brochado Alves da Silva[4].

A Faculdade de Medicina de Coimbra exercia a administração dos Hospitais da Universidade, nos termos do Decreto de 27 de Abril de 1911, e o professor de Clínica Psiquiátrica era António de Pádua, também professor e director do Laboratório de Fisiologia; de Clínica Neurológica Elísio de Moura, igualmente director de uma das Clínicas Médicas, e do Laboratório de Radiologia e Electroterapia. Digno de realce era o facto de no Instituto de Medicina Legal, se efectuarem os serviços médico-legais da morgue de Coimbra, assim como as investigações do Curso Livre de Polícia Científica, dirigido por Almeida Ribeiro, em combinação com o Curso de Antropometria de Eusébio Tamagnini (Faculdade de Ciências),

---

[1] Com a saída de Júlio de Matos do Porto, e também de Egas Moniz e Sobral Cid de Coimbra, estas Universidades perderam professores eminentes, ficando a neuropsiquiatria de Lisboa muito reforçada.

[2] "Centro Universitário do Porto". A Medicina Contemporanea, nº 51 (1912), pp.421-424.

[3] LEMOS, A. Magalhães – A Psiquiatria e a Neurologia no Porto. Porto: Emp. Indust. Gráfica do Porto, 1925. António Gonçalves de Azevedo foi nomeado 1º assistente de Medicina em 1922, e depois encarregado da regência de Neurologia, sendo exonerado em 1925. Ver Anuário da Faculdade de Medicina do Porto (Anos lectivos de 1919-20 a 1926-27).

[4] Anuário da Universidade de Coimbra. (Anos lectivos 1919-20 a 1926-27). (coord. Alberto de Aguiar e Hernâni Monteiro). Porto: Emp. Indust. Gráfica do Porto. 1928

também director do Posto Antropométrico de Coimbra, e com o curso de Criminologia de Almeida Ribeiro, o professor de Medicina Legal[1]. Quanto a Associações Científicas, o Instituto de Coimbra tinha uma secção de Ciências Médicas, e havia a Associação dos Médicos do Centro de Portugal. Quanto a jornais médicos, nesta altura (1911-1912) publicava-se *O Movimento Médico*, quinzenal.

O falecimento de António de Pádua em 1914, ocasionou a entrega da regência da cadeira de Psiquiatria, por acumulação, a Elísio de Moura. Como não havia estabelecimento manicomial em Coimbra, os doentes apresentados provinham de diversas enfermarias hospitalares e da sua clínica particular, ou eram utilizados alguns alienados pobres, internados nas enfermarias de neurologia, o que na ausência de pessoal auxiliar e vigilante especializado, pode explicar que era sobretudo aos doentes tranquilos e acessíveis à psicoterapia que o professor podia dedicar a acção directa dos seus cuidados. A partir de 1918-1919 igualmente se tornou regente do Curso de Psiquiatria Forense[2].

No capítulo da actividade científica trabalhos houve que não sendo da autoria de alienistas tiveram importância pela actualização e profundidade da sua análise. Um bom exemplo precursor foi dado pela dissertação inaugural de Basílio Freire apresentada em 1886 em Coimbra, *Os Degenerados. Estudos de anthropologia pathologica* [3]. Dedicado a António Maria de Sena, iniciador dos estudos da psiquiatria em Portugal, dando exemplos colhidos de observações clínicas no Hospital do Conde de Ferreira, historia brevemente a psiquiatria na preocupação de traçar a génese da loucura degenerativa, baseado no *Traité des Dégénérescences* de Morel[4], em *La pathologie de l´esprit* de Maudsley[5] e *Os Alienados em Portugal* de António Sena.

Basílio Freire considera, citando Morel, que a palavra degeneração foi empregue pela primeira vez por Buffon em estudos etnográficos a respeito de raças dotadas de caracteres variáveis segundo o clima, a alimentação e os costumes. Em termos classificativos, aceita a de Krafft-Ebing, considerando já ultrapassada a de Morel, valorizando também os contributos de

[1] "Centro Universitário de Coimbra". A Medicina Contemporânea, nº 52 (1912), pp.425-430.
[2] RIBEIRO, F. Almeida – "Elísio de Moura". Separata da Coimbra Médica, vol. XIV, nº 8, (1947). Coimbra: Livraria Académica. Moura Marques e Filho. Elísio de Moura passou a catedrático de Psiquiatria em 1943, abandonando a regência de Neurologia.
[3] FREIRE, Basílio – Estudos de Antropologia Pathológica - Os degenerados. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1886.
[4] MOREL, B. A. – Traité des Dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives. Paris: J. B. Baillière, 1857.
[5] MAUDSLEY, H. – The Pathology of Mind. A study of its distempers, deformities and disorders. London: Julien Friedmann Publishers, 1979. (Is based on the 1895 edition).

Griesinger e de Magnan com o delírio crónico[1]. Por outro lado mostra-se muito influenciado por Herbert Spencer citando várias passagens da edição portuguesa de *A educação intelectual, moral e física*[2]. A dissertação conclui com a asserção de que não há forma nosológica especial denominada loucura hereditária; "há a loucura degenerativa: eis tudo", afirmando que no estado actual da psiquiatria não havia razão para separar os delirantes crónicos dos degenerados, o delírio crónico seria um síndrome episódico da loucura degenerativa (delírio sistematizado primário). E transcreve da obra de Krafft-Ebing a distinção entre psiconevroses e degenerescências psíquicas que António Maria de Sena utilizava no seu Relatório relativo ao primeiro biénio de 1883-1885 do Hospital do Conde de Ferreira[3]. Basílio Freire prosseguirá o seu interesse por estes temas apresentando como dissertação de concurso na Faculdade de Medicina de Coimbra *Os Criminosos. Estudos de anthropologia pathologica*[4] em 1889, dedicado a António Maria de Sena e a Júlio de Matos, onde afirmava na dedicatória ter escolhido para modelos os grandes mestres – Lombroso, Maudsley e Krafft-Ebing, acrescentando "Lombroso sobretudo, porque este nome em criminologia assume a grandeza dominadora e absorvente das coisas universais e ubiquitárias". Com efeito este trabalho representa um dos mais importantes contributos portugueses para a defesa das concepções de Lombroso e da escola positiva de antropologia criminal[5]. A influência de Basílio Freire em Coimbra terá sido significativa, nomeadamente em Egas Moniz e na sua geração, como testemunha um amigo e condiscípulo[6].

A revista *O Positivismo* (1878-1882)[7] teve enorme importância para a cultura portuguesa, foi dirigida por Teófilo Braga e Júlio de Matos, devendo referir-se na divulgação do positivismo também as revistas *Era Nova* (1880-1881) e *Revista dos Estudos Livres* (1883-1886) mas de menor importância. Entre os médicos há que referir a colaboração em *O Positivismo*, de Augusto Rocha e Bettencourt Raposo. O primeiro, em lição proferida na abertura da cadeira

---

[1] Forma nosológica autónoma que distingue da loucura degenerativa, e que apresentava quatro períodos: inquietação, delírio de perseguição, delírio de grandeza, demência.

[2] SPENCER, Herbert – Educação intellectual, moral e physica. Porto: Livraria Moderna. s.d. (com prefácio de Ricardo Jorge).

[3] SENNA, António Maria de – Relatório do Serviço Médico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira relativo ao primeiro biénio (1883-1885). Porto: Typographia Occidental, 1887.

[4] FREIRE, Basílio – Estudos de Antropologia Pathológica - Os Criminosos. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1889.

[5] A recensão da obra é feita na Medicina Contemporanea, nº15, (1887), pp.116-118. O autor, H. SCHINDLER, afirma ser Freire um evolucionista convicto e considera que escreveu uma dissertação de valor, ao lado de outros que "o recente movimento psiquiátrico do nosso país tem trazido a lume".

[6] REGO, Alberto – Egas Moniz visto por um condiscípulo. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1939. Basílio Freire foi professor de Anatomia da Faculdade de Medicina.

[7] O POSITIVISMO. Revista de Filosofia fundada por Teófilo Braga e Júlio de Matos, 4 Vol. Porto. Livraria Universal de Magalhães & Moniz, (1878-1882).

de Patologia Geral na Faculdade de Medicina de Coimbra, no ano lectivo de 1883-1884 afirmava que “a nossa época tem, como todas, a sua filosofia; e eu estou certíssimo de que não melindro os vossos ouvidos pronunciando a palavra que a cognomina: positivismo”. E, logo de seguida, “julgo que a obra de Comte constitui a filosofia do nosso tempo e da nossa ciência”[1]. Para o tema em estudo a revista é importante pelos trabalhos que Júlio de Matos começa a publicar e que mostram a sua preparação no terreno da filosofia da ciência que entre nós se começava a assentar em novas bases. Assim, “Ensaio sobre a evolução em biologia”, “Estudos de psicologia mórbida-causas sociais da loucura”, “Estudos de Psicofisiologia”, os obituários de Darwin e de Littré, entre outros, mostram como esta publicação trazia e divulgava em Portugal temas de psicologia e psiquiatria, mas também da filosofia, sociologia, política, pedagogia, história, literatura, visando a renovação científica, mental e moral necessária para as transformações políticas e sociais. Significativamente o programa da revista *Era Nova* considerava que em Portugal a filosofia positiva encontrara adeptos com mais facilidade, porque a dissolução teológica fora apressada pela educação metafísica e científica da Universidade, das Politécnicas e das Escolas de Medicina[2].

As dissertações inaugurais sobre temas higienistas, neuropsiquiátricos, as chamadas doenças sociais, temas de criminologia, etc, tornam-se mais numerosas, acompanhando muitas vezes a divulgação e o ensino que as principais figuras vão popularizando nos livros e em artigos nas revistas, chamando a atenção para os autores estrangeiros de referência e as suas publicações.

A *Revista de Neurologia e Psiquiatria* (1888-1889)[3] iniciou a sua publicação em 1888 em Lisboa sob a direcção de Bettencourt Rodrigues (1854-1933). Sairão apenas dois números em 1888 e outros dois em 1889, mas a sua importância e significado são de realçar, numa altura de escasso conhecimento destas especialidades, então muito unidas e ainda sem ensino oficial, em que os trabalhos versando estes temas eram publicados em revistas médicas gerais, como o *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, *A Medicina Contemporânea*, ou a *Coimbra Médica*.

---

[1] ROCHA, Augusto – "Lição”. Coimbra Médica, nº 8, (1884), pp.114-115.

[2] MACHADO, L. S. – ”Reflexos das correntes filosóficas e pedagógicas contemporâneas em Portugal”. O Instituto, vol.112, Coimbra.(1949). pp.1-164.

[3] REVISTA de NEVROLOGIA E PSYCHIATRIA – Publicada sob a direcção do Dr. BETTENCOURT RODRIGUES. Lisboa: Henrique Zeferino Editor, (1888-1889). A revista foi reeditada em CD, edição fac-similada com organização e nota introdutória de Ana Leonor Pereira, João Rui Pita, e José Morgado Pereira. CEIS20 da U.C. Coimbra, 2013.

O primeiro número de 1888 abre significativamente com um trabalho um pouco à margem dos temas centrais da revista "Movimentos pupilares, post mortem" da autoria de Sousa Martins (1843-1897), nessa altura um mestre incontestado de toda uma geração de médicos[1].

O artigo seguinte é de Júlio de Matos (1856-1922) com "Responsabilidade criminal dos alienados", trabalho escrito sob a égide de Herbert Spencer e de uma moral evolucionista. De acordo com uma antropologia criminal assente em bases positivas, valorizava o papel do médico na análise do alienado criminoso, que os juízes não teriam condições para efectuar.

Francisco Adolfo Coelho (1847-1919), pedagogo, etnólogo, linguista, escrevia sobre "Notas físio-psicológicas sobre a linguagem". Discutia uma tese de Gilbert Ballet sobre a linguagem interior e as afasias de 1886 aplaudindo a sua abertura à observação interior que os positivistas comtianos quiseram desacreditar, mas considerando insuficientes os seus conhecimentos psicológicos, como o dos médicos franceses em geral quando se ocupam de psicologia, defendendo a necessidade de correlacionar factos fisiológicos e patológicos com os factos psicológicos e das ciências da linguagem.

Bettencourt Rodrigues publicava "Curso livre de Neuropatologia e Psiquiatria", que era a lição de abertura do segundo curso proferida no Hospital de Rilhafoles. Fazia um resumo do primeiro curso (1887) onde desenvolve o tema da alienação mental desde Pinel, descrevendo depois as suas principais formas clínicas, com apresentação de doentes, para depois dizer que nesse ano de 1888, ia começar o curso pelo estudo das localizações cerebrais, enumerando depois os diversos estados patológicos do encéfalo. Enfatiza a falta de ensino oficial da Psiquiatria e Neurologia nas nossas escolas de medicina, e homenageia os princípios e doutrinas das escolas onde fez a sua educação científica em Paris que tanto tinham contribuído para os progressos da psiquiatria e da neuropatologia[2].

Magalhães Lemos com "A Electroterapia em Psiquiatria" publicava um curioso trabalho onde considera o valor da electroterapia no tratamento das psicoses e das neuroses, descrevendo depois a aplicação, em dois casos clínicos, de melancolia e acesso maníaco-melancólico, de correntes farádicas (paralisação cerebral, simpático-cervical, parte superior da medula e pele) com excelentes resultados.

---

[1] Basta a leitura de vários depoimentos contidos no In Memoriam para o constatar. Também Bettencourt Rodrigues lhe presta homenagem no livro "Medicina e Médicos", lembrando as suas extraordinárias lições. Como curiosidade, Júlio de Matos revela no "In Memoriam de Sousa Martins"que foi Bettencourt Rodrigues quem lhe apresentou Sousa Martins, à porta do Hospital de S. José.

[2] Bettencourt Rodrigues fez a licenciatura em Medicina na Faculdade de Medicina de Paris, e trabalhou com Charcot e Bouchard, seus principais mestres, e ainda com Benjamin Ball.

Alfredo Luís Lopes (1853-1937), médico, professor e criminologista com “Febre intermitente de origem nervosa”, discutia a existência da febre histérica.
Importante era a notícia de um projecto de lei para a criação de uma cadeira de Neuropatologia e Psiquiatria na Escola Médica de Lisboa, onde era feita referência elogiosa ao discípulo da escola de Salpêtrière e ex-aluno da Faculdade de Paris, assinada por Augusto Fuschini, Consiglieri Pedroso, Mattoso dos Santos e Jacinto Cândido.
No noticiário era referida a saída de um livro de Júlio de Matos e havia uma curiosa referência a Magalhães Lemos a propósito do seu concurso para professor, que quando interno na clínica de doenças mentais em Paris, todos os dias se encontrava no mesmo hospital, Sainte-Anne, com Bettencourt Rodrigues.
O segundo número de 1888 abria com um trabalho de Charles Féré (1852-1907), médico de Bicêtre[1]. Publicava um trabalho sobre dores histéricas e a simulação, servindo-se dos seus próprios trabalhos, dum livro de referência de Briquet[2], e da obra de Charcot.
António d'Azevedo Castelo Branco (1842-1916), jurista, político e criminologista, na altura sub-director da Penitenciária Central de Lisboa, publicava "A Antropologia Criminal", em que defendia que o Direito Penal devia ficar embebido das doutrinas positivas e a antropologia criminal exerceria o seu domínio na instrução dos processos-crime e na determinação da forma de repressão do delito mais consentânea com os interesses da sociedade. A influência de Lombroso era salientada, discordando o autor de Charles Féré que no livro *Dégenerescence et Criminalité* rebatera teses de Lombroso quanto à origem atávica do crime.
Júlio de Matos escrevia sobre “A motivação e premeditação nos actos dos epilépticos”, passando em revista os trabalhos de Legrand du Saulle, Lasegue, Falret e Maudsley. Embora concordando no essencial com estes autores, Júlio de Matos procura mostrar com exemplos tirados da clínica que a ausência de motivo, tal como a ausência de premeditação, não eram sinais constantes dos actos praticados sob a influência da epilepsia[3].
Ferreira Deusdado (1857-1918), pedagogo cuja obra reflectia ampla formação em filosofia, antropologia e psicologia, e também criminologista, com o trabalho “Da existência psíquica do mundo exterior” criticava o *fenomenismo* em nome do neo-criticismo. Apoiando-se na

[1] Charles Féré foi interno de Broca e de Bouchard, e chefe de laboratório de Charcot.
[2] BRIQUET, Paul – Traité Clinique et Therapeutique sur L’Hystérie. Paris: J.B-Baillière et Fils, 1859. (reed. Privat, 1998, introduction de Jacques Chazaud). Trata-se de um livro importante sobre o tema antes da época da Salpêtrière e de Charcot.
[3] MATTOS, Júlio de – “A motivação e premeditação nos actos dos epilépticos”. Revista de Nevrologia e Psychiatria. 1º anno. nº 2 (1888), pp.147-159.

História do Materialismo[1] de Lange, aproxima-se mais do idealismo através do criticismo neo-kantiano, embora não esqueça ... *"*Que a experiência fornece a matéria da lei de todo o conhecimento, sem também por um momento desconhecer que o mundo físico fornece a forma, que está indissoluvelmente subordinada às categorias do possível e do real"[2].

Bettencourt Rodrigues com "A Hemiplegia Histérica, sintomatologia e diagnóstico", apoiava-se em Briquet e no seu livro já referido de 1859, em Charcot e outros clínicos da Salpêtrière, procurando diferenciar estes casos, dos quadros orgânicos.

Também o médico Cupertino Ribeiro publicava "Um caso de cardiopatia histérica".

De salientar a publicação de *Organização de Serviços de Alienados* de J. Luciano de Castro, Presidente do Conselho de Ministros, proposta de lei visando a criação de Hospitais de Alienados em Lisboa, Coimbra, Ilha de S. Miguel, um Asilo no Porto, Enfermarias anexas às penitenciárias centrais e a criação dum Fundo de beneficência pública dos alienados.

Segue-se um documento importante, dirigido pelo conselho da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa ao Sr. Ministro do Reino em que se considera que a proposta do curso de Psiquiatria indigitava para Professor pessoa em que não se reunia um conjunto de predicados considerados indispensáveis para o cargo, aliás sendo pessoa alheia à Escola[3]. Apenas é reconhecido como estando à altura desse cargo António Maria de Sena.

Em 1889, saem também dois números (2ª série), aparecendo agora no cabeçalho como secretário de direcção J. Bettencourt Ferreira, mas era menos valiosa que a primeira, com menos trabalhos e originais e muito mais noticiário crítico, bibliográfico e notícias sobre congressos e sociedades científicas. Bettencourt Rodrigues publicava "Acidentes histeriformes determinados por um raio à distância" e Bettencourt Ferreira "Perturbações mentais produzidas pelo gás oxicarbónico". Seguem-se críticas de livros por Júlio de Matos[4] e Bettencourt Rodrigues. Na página final, surge informação que o número de páginas em vez de 100-120 vai ser reduzido a 64 por volume porque a pouca actividade do meio científico, o número limitadíssimo de médicos que se ocupavam da especialidade e a indiferença do público, não permitiam dar à revista um maior desenvolvimento.

---

[1] LANGE, F. A. – História do Materialismo. Volume I e II. Lisboa: Editorial Gleba. (s.d.).

[2] DEUSDADO, F. – "Da existência psychica do mundo exterior". Revista de Nevrologia e Psychiatria. 1º anno. nº 2 (1888), pp. 160-170.

[3] O visado era Bettencourt Rodrigues que há dois anos regia o curso livre de Patologia Mental e Nervosa no H. de Rilhafoles, e o documento iniciava um ataque da Escola que iria prosseguir e acentuar-se.

[4] Nesta crítica aponta o livre arbítrio como o inimigo e faz a apologia da doutrina determinista como indispensável para o êxito de qualquer doutrina séria nos domínios da Psicologia e das Ciências Sociais.

O último número, nº 2/2ª série de 1889, abria com "Um caso clínico de delírio crónico", por Magalhães Lemos, que comentava e descrevia o conceito de delírio crónico de Magnan, autor de quem foi discípulo e com quem trabalhou em França. Cupertino Ribeiro publicava "Histeria, Doença de Basedow", caso clínico tratado com electroterapia prescrita por Charcot, e depois continuada em Lisboa, com a colaboração do médico Virgílio Machado, experiente nessas terapêuticas, e ainda um caso de "Miopatia progressiva primitiva" por Bettencourt Rodrigues. Uma nota curiosa é "A microcéfala Benvinda", em que Bettencourt Rodrigues historia este caso, que Miguel Bombarda já analisara em 1877 e que depois detalhará em livro de 1894[1].

Este número terminava com a transcrição do novo programa do curso de Anatomia Descritiva regido por José António Serrano, dos capítulos relativos ao ensino da Neurologia.

Terminou assim esta revista que tentou actualizar a cultura médica existente em Portugal, trazendo a Psiquiatria e a Neurologia para um maior conhecimento dos médicos e da opinião pública, procurando modernizar conhecimentos e fazendo a difusão de certos autores dos principais países da Europa e das suas obras.

Percebe-se o peso das filosofias naturalistas, o enorme interesse pela histeria, pelas obras de Krafft-Ebing, Lombroso, Magnan e Charcot, e a preocupação pelas relações entre doença mental e o crime. Sente-se também a importância dada, alem dos alienistas, a autores que representavam ciências que se considerava deverem convergir com a Psiquiatria e a Neuropatologia tais como a Biologia, a Psicologia, a Pedagogia, a Antropologia e a Criminologia. Os esforços para a institucionalização da Psiquiatria tinham começado, o atraso do seu ensino era denunciado e os esforços para a difusão de novos saberes científicos iriam acentuar-se.

As revistas médicas desempenharam papel fundamental na divulgação dos conhecimentos e difusão de ideias e autores estrangeiros, mas também do que se pensava e procurava fazer em Portugal. *A Medicina Contemporânea* teve um papel crucial. Fundada em 1883 por Sousa Martins, Manuel Bento de Sousa e Miguel Bombarda, é um repositório indispensável para o estudo da evolução das ideias psiquiátricas no nosso país. Miguel Bombarda, provavelmente o maior jornalista médico que tivemos, pôde desempenhar um papel notável na divulgação científica e do pensamento médico em geral, do higienismo e da psiquiatria, e ainda do pensamento social em relação com o pensamento médico. Depois da morte de Bombarda em

[1] BOMBARDA, Miguel – Contribuição para o estudo dos Microcephalos. Lisboa: Typographia da Academia Real das Sciencias,1894.

1910, a revista contou com outro jornalista médico, o dedicado secretário António de Azevedo e colaborador de Bombarda na revista. Em Coimbra a revista *Coimbra Médica*, iniciada em 1881, é também notável, animada por Augusto Rocha, outro grande jornalista médico e professor que fundou o Gabinete de Microbiologia na Faculdade, que desempenhou um papel análogo ao de Bombarda, escrevendo, comentando, polemizando, fazendo notas e críticas, tomando partido em questões médicas, sociais ou políticas. Não foi um acaso que com o falecimento prematuro de Augusto Rocha também desapareça a revista, em 1901. Muito atento ao que se publicava, fez recensões e notícias bibliográficas sobre livros de Júlio de Matos, Bettencourt Rodrigues, Miguel Bombarda, Maximiano de Lemos, Herbert Spencer, Charles Darwin, e Antero de Quental, envolvendo-se em inúmeras polémicas. No Porto, salienta-se o *Portugal Médico* a partir de 1917, revista onde Alberto Brochado publicou alguns dos seus principais trabalhos e em Lisboa a *Lisboa Médica* a partir de 1924, onde colaboraram alguns dos médicos mais salientes do tempo, nomeadamente Sobral Cid que publicou alguns dos seus trabalhos mais importantes nessa revista.

Como já anotado os livros e publicações foram crescendo em número e também em termos de divulgação na imprensa, sendo muito destacado o papel desempenhado por Miguel Bombarda e Júlio de Matos, pela repercussão científica, social e política da sua actividade que ia muito para lá da sua prática profissional e pela forma combativa da sua intervenção na sociedade portuguesa, junto da opinião pública, das academias, das agremiações científicas, ou mesmo dos tribunais. Também nos finais do século XIX e inícios do século XX, antes e depois de 1910, surgiram diversas traduções de livros sobre temas filosóficos, políticos e religiosos que também reflectiam a influência e o interesse que as correntes positivistas e naturalistas iam tendo em Portugal[1].

O regulamento do Hospital de Rilhafoles foi conferido através do Decreto de 7 de Abril de 1851, depois de o Decreto de 14 de Novembro de 1848 ter estabelecido que o edifício da extinta congregação dos missionários, então ocupado pelo colégio militar, denominado de Rilhafoles, ficava convertido em hospital regular de alienados, sendo transferidos todos os alienados existentes no hospital real de S. José[2]. O regulamento começava por definir as disposições gerais estabelecendo que o hospital de alienados era destinado para asilo,

[1] MACHADO, L. S. – "Reflexos das Correntes Filosóficas e Pedagógicas Contemporâneas em Portugal". In: O Instituto. Revista Científica e Literária. Coimbra, vol. 112 (1949), pp.1-164.

[2] Decreto. de 14 de Novembro de 1848, in BOMBARDA, Miguel – O Hospital de Rilhafoles e os seus serviços em 1892-1893. pp. 175-176. Sobre todo o contexto geral ver PEREIRA, A. L.. A institucionalização da loucura em Portugal. Revista Crítica de Ciências Sociais, 21 (1986), pp. 85-100.

tratamento e curativo, dos doentes de ambos os sexos de todo o reino. Eram admitidos os alienados indigentes curáveis e os incuráveis que "por suas propensões maléficas ou acções desonestas atentarem contra a segurança individual dos cidadãos ou ofenderem os bons costumes e a moral pública"[1]. Os não indigentes eram recebidos como pensionistas sendo definidas quatro classes com diferentes quotas mensais e diferentes condições no estabelecimento. Os membros da administração superior deviam fiscalizar a admissão dos doentes, visitando o hospital de três em três meses, recebendo reclamações e investigando convenientemente a situação de cada alienado. O médico director era o responsável superior, habitava no hospital, dirigia e fiscalizava o serviço administrativo interno e o regime sanitário e policial dos alienados, como responsável pela guarda e segurança dos doentes, pela ordem e regularidade do serviço, decência e subordinação dos empregados dentro do hospital. Para cada divisão, feminina e masculina, havia um médico encarregado, sendo um o director e o outro um medico do Hospital de S. José, assim como para o serviço cirúrgico um cirurgião de S. José e em cada divisão um enfermeiro e os ajudantes.

As admissões implicavam certidão de doença passada por médico sem parentesco com o doente, que atestasse do seu estado e necessidade de internamento, além do requerimento de admissão da pessoa que solicitava a admissão do alienado, com assinatura reconhecida e sem parentesco com o internando. Se os alienados eram remetidos ao hospital pela autoridade pública eram admitidos sem necessidade de outro documento e em circunstâncias urgentes, o médico director podia admitir provisoriamente qualquer alienado sem certidão de doença.

A organização do serviço médico e higiénico, estava baseada nos princípios de adequado isolamento, para subtrair os doentes a quaisquer influências que pudessem excitar, manter ou exacerbar a perturbação das faculdades mentais, mas sem os privar do convívio com outras pessoas nem do emprego de agentes físicos e morais úteis para o tratamento[2]. Salienta-se a brandura, persuasão e activa vigilância da parte de enfermeiros e empregados, a ocupação, trabalho, instrução e recreio a horas fixas e regulares, a concessão de prémios e recompensas e o circunspecto uso de meios coercivos e repressivos quando indispensáveis ou convenientes. Era expressamente proibida a saída de qualquer doente sem previa autorização do médico director, nenhum papel escrito ou impresso destinado aos internados podia ser recebido no hospital, nem saído sem licença prévia do director, tal como era proibido a qualquer pessoa

---

[1] Decreto de 7 de Abril de 1851 (Regulamento do hospital de Rilhafoles). In: BOMBARDA, Miguel – O Hospital de Rilhafoles e os seus serviços em 1892-1893. Publicações da Medicina Contemporanea. Lisboa: Livraria Rodrigues. 1894.Ver Parte Annexa, Decretos e Portarias, pp. 176-184.

[2] Regulamento do Hospital de Rilhafoles, Capítulo V – Do regimen e disciplina do hospital - pp. 180-183.

estranha visitar ou falar aos doentes sem prévia licença do facultativo competente[1]. Só o director designava os dias, horas e lugar em que podiam receber visitas e as visitas eram acompanhadas pelos respectivos enfermeiros, garantindo-se o tratamento e sossego dos doentes. Os indigentes e pensionistas de 4ª classe eram distribuídos, quando a capacidade e condições o permitissem em subdivisões: 1) tranquilos limpos. 2) agitados. 3) imundos. 4) afectados por doenças intercorrentes. Nas três primeiras classes só havia duas subdivisões – agitados e tranquilos[2]. Além da capela, casa de autópsias e oficinas, havia aposentos para habitação do médico director, do fiel da fazenda, do porteiro e de empregados subalternos e serventes. Em cada divisão havia aposentos para os doentes e empregados respectivos, para refeitório, oficinas de trabalho, banhos, tempo de observação e depósito de mortos. Os aposentos para agitados e para os imundos seriam preparados para o devido isolamento, segurança, asseio e necessidades de tratamento. Os indigentes e pensionistas de 4ª classe vestiam uniformemente e à custa do estabelecimento.

Os meios de repressão permitidos eram: 1) privação de visitas, de passeios e exercícios de recreio 2) diminuição de alimentos, com limites prescritos pelo médico 3) reclusão solitária em habitação sadia, com cama e alimentação prescrita pelo médico 4) colete de força com reclusão ou sem ela 5) banhos de embrocação[3]. A reclusão não podia exceder dois dias por cada aplicação, e os banhos de embrocação só podiam ser empregues da primeira vez na presença do clínico, e depois por pessoa por ele designada. Os doentes podiam ser empregados em trabalhos braçais ou manuais, em conformidade com prescrições médicas, tendo em vista a cura do alienado e não o lucro do estabelecimento. Dois terços do produto desse trabalho seriam aplicados nas despesas do estabelecimento, o outro terço entrava para uma caixa de socorros destinada a auxiliar os doentes mais indigentes que saíssem curados. O regulamento enumera os funcionários: dois médicos, sendo um o director, um escriturário, um capelão, um chefe de enfermeiros, um enfermeiro e doze ajudantes, uma enfermeira e doze ajudantes, um porteiro, um cozinheiro, três serventes e um feitor de quinta. Termina com o montante dos vencimentos e com tabelas das dietas de três tipos consoante a divisão dos pensionistas e indigentes. No relatório de Francisco Martins Pulido, director do Hospital, são pormenorizados aspectos como a necessária vigilância noite e dia, e a importância

[1] Ibidem, p.181.
[2] Ibidem, p.181.
[3] Ibidem, p.182.

fundamental do trabalho, "pelos preceitos da boa moral, como pelos princípios de proveitosa higiene"[1].

Diversas portarias foram sendo promulgadas insistindo principalmente na necessidade de controlo dos internamentos dado o crónico problema da acumulação de Rilhafoles, insistindo no cumprimento escrupuloso do regulamento que limitava os internamentos aos alienados que fossem *curáveis*, ou *incuráveis* mas *perigosos*[2]. As discussões sobre a acumulação de Rilhafoles e as muito más condições do estabelecimento passaram a ser frequentemente debatidas e criticadas, especialmente em 1886 na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, sendo referenciada a importância da publicação por António Maria de Sena de *Os alienados em Portugal-I*[3] que fez um sério exame crítico da situação no Hospital de Rilhafoles.

Quanto ao Regulamento do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira[4] apresentava muitas características semelhantes ao de Rilhafoles, mas era mais extenso, cuidadoso e pormenorizado em várias matérias. A classificação adoptada para as enfermarias era assim esquematizada: tranquilos; agitados; furiosos; imundos; convalescentes; em observação; com moléstias intercorrentes. Dividiam-se em indigentes e pensionistas de três classes e havia repartições para crianças. No capítulo da direcção clinica, havia em primeiro lugar um médico director residente no edifício, um médico adjunto, três médicos ajudantes, um farmacêutico e um praticante, um fiscal, um secretário, um oficial de secretaria; sete enfermeiros, três ajudantes e vinte criados; sete enfermeiras, três ajudantes e vinte criadas, um contínuo da secretaria e um porteiro. O director clínico era nomeado pela administração, precedendo concurso documental e confirmado pelo governo, sendo os restantes membros nomeados pela administração, precedendo concurso e mediante proposta do director clínico. Este tem um papel determinante de dirigir, ordenar, vigiar e distribuir os doentes, regulando as admissões e as saídas, visitar todos os doentes ao menos uma vez por dia, instituir trabalhos científicos, elaborar os relatórios anuais para o governo, inspecionar os géneros alimentares e a cozinha e ser supervisor da farmácia[5]. O médico adjunto, também a residir no estabelecimento, substitui o director em caso de impedimento ou ausência, deve verificar óbitos, fazer autópsias, e fazer

---

[1] PULIDO, F. M. – Relatório sobre a organização do Hospital de Alienados em Rilhafoles e dos resultados administrativos e Clínicos no ano de 1850 e três trimestres de 1851. Lisboa: Imprensa Nacional, 1851.

[2] Portaria de 29 de Setembro de 1864 e Portaria de 31 de Agosto de 1870. Ver BOMBARDA, M., Ibidem, Parte annexa, decretos e portarias, pp.184-185.

[3] SENNA, António Maria de – Os Alienados em Portugal. I volume. História e Estatística. Lisboa: Publicação da Medicina Contemporânea, 1884.

[4] "Regulamento". In SENNA, António Maria de – Os Alienados em Portugal. II. Hospital do Conde de Ferreira. Porto: Imprensa Portuguesa, 1885. pp. 81-139.

[5] Regulamento do Hospital do Conde de Ferreira. 1885. pp. 85-86.

a visita da tarde a todos os doentes. Todos os papéis dos funcionários estavam definidos com detalhe. Quanto às admissões, saídas e altas, podia requerer a admissão qualquer pessoa interessada pelo doente, parente, tutor ou pessoa "compadecida pelo seu estado", e podiam ordenar a admissão os governadores civis, o juiz de direito da comarca do doente e a autoridade militar.

Para ser requerida a admissão era preciso requerimento pela pessoa interessada, com assinatura reconhecida por tabelião e dirigida ao director clínico, um atestado por médico estranho ao hospital, que não fosse parente ou sócio em qualquer sociedade do doente ou do requerente, que certifique e especifique de que doença sofre e da necessidade do internamento, sendo nulo se não referir factos de alienação, devendo dizer se a loucura é contínua ou intermitente e definir os sintomas principais.

No caso de interdição por demência, era exigida cópia autenticada da sentença passada em julgado e autorização judicial nos termos do Código Civil em vigor. E se fosse indigente, certidão de pobreza passada pela autoridade administrativa, policial ou eclesiástica[1]. Em caso de urgência reconhecida pelo director, podia ser admitido provisoriamente sem os documentos necessários, mas a pessoa que requereu assinava um termo em que se obrigava a apresentar em seis dias os documentos em falta. Se faltar ao compromisso e se houver inconveniente na alta, o director participava ao governador civil do Porto e aguardava decisão deste.

A alta dos doentes curados devia implicar especial cuidado quando o doente fosse indigente sem família, devendo o director clinico tomar todas as medidas que lhe assegurasse meios de subsistência para evitar que o doente se colocasse de novo em condições difíceis, que fariam reacender a loucura, falando-se no texto de "uma boa organização destes socorros finais, meio valioso de obstar na hipótese às recidivas tão funestas nestas moléstias"[2]. Uma nota significativa: a autoridade administrativa, neste caso o governador civil do Porto, inspector legal do estabelecimento, podia ordenar sob sua responsabilidade a "saída imediata de qualquer alienado que julgue arbitrária ou inconvenientemente retido"[3], podendo o director recorrer para o governo se entender infundada ou inconveniente essa ordem. Além das saídas e altas definitivas o director deveria aconselhar saídas de ensaio, no período de convalescença,

[1] Regulamento do Hospital do Conde de Ferreira. 1885. p. 91.
[2] Regulamento do Hospital do Conde de Ferreira. 1885. Secção II – Das admissões, saídas e altas, p. 93.
[3] Regulamento do Hospital do Conde de Ferreira. 1885. Secção II – Das admissões, saídas e altas, p. 93.Foi o que aconteceu no Hospital do Conde de Ferreira em 1919, no "caso" de Maria Adelaide da Cunha. Ver GONZAGA, Manuela – Maria Adelaide Coelho da Cunha: Doida Não e Não! Lisboa: Bertrand, 2009. pp. 250-251.

com os convenientes cuidados para com o doente fora do hospital. O Director podia ainda recusar a saída de doente que pelo estado de exaltação ou qualidade da loucura possa perturbar a ordem ou segurança pública, participando ao governador civil do Porto os motivos da recusa e só entregando o doente quando ao requerimento se junte ordem do magistrado posterior á participação feita. O serviço religioso também era regulado, com as obrigações do capelão e a liberdade concedida às famílias dos falecidos de fazerem as práticas religiosas do rito seguido, podendo entrar na casa o ministro da sua religião. Segue-se o regulamento interno das enfermarias, com os horários das refeições, a hora e meios de recreio nos jardins, e o serviço das rondas nocturnas. De notar a proibição de empregar qualquer meio violento para os obrigar aos deveres disciplinares, só excepcionalmente permitindo segurar ou fazer segurar um doente em estado de excitação ou furor, mas não podendo ser empregue o colete ou camisa de força ou a reclusão sem autorização de um clínico. Na secção "Polícia geral do estabelecimento" regula-se a questão das visitas mas é curiosa a regra quanto à correspondência dos doentes: para fora do hospital será respeitada e expedida, mas cumpre ao médico director "evitar que a liberdade concedida ofenda a moralidade ou leve o desassossego às pessoas a quem os doentes se dirijam"[1] e por isso é-lhe permitido, nos casos duvidosos, o exame da correspondência. Pelo contrário, não será entregue aos doentes a correspondência que lhes seja dirigida sem prévio exame do director, a menos que não seja de pessoa de família que tenha pedido essa faculdade; neste caso o director podia retê-la mas não abri-la, caso o julgue conveniente. As rondas nocturnas nas enfermarias eram reguladas: a primeira, quatro horas a partir da hora marcada para os doentes se deitarem. A segunda será três horas depois da primeira, e a terceira durava até à hora designada para o primeiro toque da manhã. Os dois médicos internos nunca podiam pernoitar fora do hospital, em caso de força maior que os impeça simultaneamente seria avisado o mais novo dos médicos ajudantes para pernoitar no estabelecimento. Os empregados eram proibidos de usar castigos disciplinares, apenas podiam empregar meios coercivos, preventivos ou impeditivos, nos termos do regulamento. Os doentes podiam e deviam empregar-se no serviço da casa, nas oficinas ou trabalhos agrícolas, desde que aproveitasse ao tratamento e estivesse de acordo com as suas condições e estado[2].

Era proibido receber dinheiro dos doentes, e o trabalho destes teria gratificações sendo a importância guardada nos cofres da administração para lhes ser entregue na altura da saída.

[1] Regulamento do Hospital do Conde de Ferreira. 1885. Secção V – Polícia geral do estabelecimento, p.101.
[2] Regulamento do Hospital do Conde de Ferreira, 1885. Secção V, p.102.

As gratificações dos falecidos dentro do hospital pertenciam ao cofre da casa, no caso de terem parentes necessitados podia a administração conceder-lhes o levantamento. O fiscal não podia, depois da hora marcada para os doentes se deitarem, entrar nas enfermarias de mulheres sem ser acompanhado por outro empregado durante toda a visita.

Havia ainda disposições para gratificar e punir os empregados, e para o regime alimentar. Note-se que em caso de alimentação forçada, ela só podia ser feita pelo médico adjunto ou pelo director. Seguem-se as tabelas das dietas e instruções dietéticas, e os modelos dos livros de admissão e inscrição.

Uma referência indispensável foi a proposta de lei sobre a organização do serviço de alienados apresentada na Câmara dos Deputados pelo Presidente do Conselho e Ministro do Reino José Luciano de Castro em 1888[1] e aprovada em 1889, em que António Maria de Sena teve grande influência, aliás reconhecida por José Luciano que classificou Sena como um benemérito da ciência e da caridade[2]. A proposta, que acabou por ficar conhecida como Lei Sena, dividia o país, para a assistência aos alienados, em quatro círculos, que correspondiam ao Norte, Centro, Sul e Madeira, e Açores. O Governo criava um hospital para 600 doentes dos dois sexos em Lisboa, e duas enfermarias para os alienados criminosos; outro hospital para 300 doentes dos dois sexos em Coimbra; outro para 200 doentes dos dois sexos na ilha de S. Miguel; um asilo para 200 lugares no Porto, e outro asilo com 300 lugares no Rilhafoles. Salientava-se a criação de enfermarias anexas às penitenciárias centrais, para doentes mentais, incluindo os condenados a penas maiores que tivessem ficado alienados durante o cumprimento da pena. Era criado um Fundo de Beneficência Pública dos Alienados, constituído por imposto de selo sobre vários tipos de documentos, estatutos, lotarias, valores apreendidos, casas de jogo, etc.[3].

O trabalho de Júlio de Matos *Os Alienados em Portugal – assistência, legislação, ensino da psiquiatria* (1908)[4], constituiu uma síntese importante sobre o estado da assistência psiquiátrica no país e sobre o pensamento do seu autor, que é exposto com uma clareza digna de realce. Assim começa por enumerar os estabelecimentos e o número de alienados que

[1] "Organização do Serviço de Alienados". Coimbra Medica, nº11 (1888), pp. 173-181. Também "Organização do serviço de alienados". Revista de Nevrologia e Psychiatria. Lisboa, 1º ano, nº2, (1888), pp. 217-234.

[2] Ver Relatório e proposta de lei para a organização da hospitalização dos alienados. A Medicina Contemporanea, nº23, (1888), pp. 181-184; nº25, (1888), pp.198-199.

[3] Esta lei, apesar de não ter sido aplicada, foi muito citada como exemplo e também pelo facto da cobrança para o fundo ter sido sempre efectuada mas sempre desviada para outras finalidades, facto muitas vezes denunciado, sem nunca ter sido corrigido.

[4] MATTOS, Júlio de – "Os Alienados em Portugal. Assistência-Legislação-Ensino da psychiatria". In: Exposição do Rio de Janeiro em 1908. Secção portuguesa. Notas sobre Portugal. Vol. I. Lisboa. Imprensa Nacional. 1908. pp. 669-683.

albergavam, números muito próximos dos que Magalhães Lemos indicara em trabalhos já mencionados sobre Assistência aos alienados em 1907 e 1908[1]. Lembra que só o Hospital de Rilhafoles é do Estado, mas que funcionam como estabelecimentos públicos Rilhafoles e o Hospital do Conde de Ferreira, tendo o primeiro 750 alienados dos dois sexos, e o segundo 560. Quanto aos outros estabelecimentos, que funcionam como institutos privados, o do Telhal tem 80 homens, o da Idanha 100 mulheres, o do Funchal 18 doentes dos dois sexos, e a Casa de Saúde Portuense, 8. Júlio de Matos conclui que Portugal hospitaliza pouco mais de 1500 alienados, lembra que o censo de 1900 apontava para a existência de 6600 loucos e que já António Maria de Sena tinha apurado a cifra de 5999 loucos não hospitalizados; os números parecem-lhe inconcebíveis pois não seria possível existir diminuição do seu número entre 1878 e 1900, datas dos dois censos, pois nesse período "nada se opôs à sua livre reprodução e as dificuldades da vida portuguesa aumentaram constantemente"[2]. O número de alienados apurados é pois na sua opinião uma das muitas fantasias de que andariam cheios os trabalhos oficiais, constituindo um invencível obstáculo a toda a investigação científica dos fenómenos sociais em Portugal[3].

Para ele, a assistência hospitalar dos alienados era um dos mais importantes problemas sociais, sendo que não se tratava apenas de doentes a quem devemos amparo, mas também "agentes de dissolução reclamando da parte da colectividade um movimento defensivo" [4] e acrescenta que muitos crimes eram obra sua, "a procriação destes seres anormais constitui, mercê da herança, uma das causas mais poderosas da degenerescência das raças"[5]. Se a piedade nos compele à sua proteção, " os interesses superiores da espécie obrigam-nos a evitar o seu convívio"[6] e assim a hospitalização harmonizaria estas tendências contraditórias: abrigo e meio de tratamento e também único instrumento eficaz de defesa. Considera ainda que se está numa fase sentimental, pois apenas existia um único manicómio do Estado em que até para a sua criação contribuíram capitais particulares, acrescentando " no louco vemos o doente que Pinel dignificou, não vemos o agente degenerativo que a psiquiatria

[1] LEMOS, A. Magalhães – "Assistence des Aliénés en Portugal". Publication de la revue de Psychiatrie et de Psychologie expérimentale. Porto: Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1907; LEMOS, A. Magalhães – "Note sur L'Assistence des Aliénés en Portugal". Communication au III[eme] Congrés Internationale de l'Assistence des Aliénés. Vienne, 1908.
[2] MATTOS, Júlio de – "Os Alienados em Portugal. Assistência-Legislação-Ensino da psychiatria". Notas sobre Portugal. Vol. I. Lisboa. Imprensa Nacional. 1908. p. 670.
[3] Idem, Ibidem, p. 671.
[4] Idem, Ibidem, p.671.
[5] Idem, Ibidem, p.671.
[6] Idem, Ibidem, p.671.

contemporânea pôs em relevo"[1]. O autor confessa que em questões de beneficência confia mais na iniciativa particular, individual ou associativa, que na acção do Estado, mas insiste que a hospitalização dos alienados não é só um problema de beneficência, mas sobretudo um problema de defesa social cuja solução incumbia aos Governos, afectando a ordem actual e futura da colectividade. Relembra depois como na Inglaterra e na América do Norte a iniciativa particular construiu asilos privados quer destinados às classes ricas quer fundados para pobres e os muito mais numerosos asilos públicos de organização modelar e com orçamentos poderosos. Na Europa a hospitalização dos alienados progredia incessantemente[2], na França, Bélgica, Itália e Alemanha, com uma especialização que se afirmava todos os dias! Ora, pelo contrário, Portugal mantinha-se isolado deste movimento e Matos vai depois recordar os esforços de António Maria de Sena que em 1889 conseguira fazer passar nas Cortes uma lei destinada a promover a hospitalização dos alienados. Júlio de Matos acrescenta que por estes manicómios (hospitais, asilos e anexos penitenciários) se começaria a distribuir um número considerável dos alienados livres, que na altura António Sena calculava em número não inferior a 7000. Desde 1889 que tal receita tem sido cobrada, mas não se sabe a quanto ascende pois ninguém dos "palradores políticos[3]" que no Parlamento vem fazendo oposição se lembrou de o perguntar, e também se ignora o destino que foi dado às receitas pois nem um só dos estabelecimentos projectados foi iniciado. Relembra-se que tal situação fora denunciada também por Miguel Bombarda, Magalhães Lemos, e no plano político por António José de Almeida[4].

Matos enumera em seguida dados referentes aos médicos em serviço nos estabelecimentos: em Rilhafoles, dois médicos e um cirurgião, sendo um interno que acumula funções de director; no Hospital do Conde de Ferreira havia cinco médicos: um director, um adjunto e três ajudantes, sendo o director e o adjunto internos. Nos hospitais do Telhal e Idanha havia um médico externo, o manicómio Camara Pestana tinha um médico externo, e a Casa de Saúde Portuense tinha dois médicos externos para o serviço das doenças nervosas e mentais. Matos conclui destes dados, conjugados com o universo populacional dos estabelecimentos, que havia uma mesquinhez clínica de alguns dos serviços, e por outro lado asseverava baseado na sua experiencia de vinte e cinco anos, que "um psiquiatra não devia ocupar-se de

[1] Idem, Ibidem, p.672. Fica aqui bem expressa a antinomia entre a filosofia de Pinel e o degeneracionismo reinante nos finais do seculo XIX e inícios do século XX. O próprio Júlio de Matos colocou em itálico os termos "doente e agente degenerativo".

[2] Idem, Ibidem, p.672.

[3] Idem, Ibidem, p.674.

[4] ALMEIDA, A. J. de – "Os Alienados em Portugal". Revista Porto Médico, nº 8. Porto, (1908), pp.234-248.

mais de 100 alienados, e o médico director, dadas as complexas funções do cargo, como a da observação dos criminosos suspeitos de loucura, nem desse número poderia razoavelmente ocupar-se"[1].

Considerava por outro lado que ao contrário da Bélgica, da Itália e da Alemanha, onde as colónias familiares constituíam importante instrumento de assistência aos doentes crónicos, entre nós eram totalmente inexistentes. Ora para Matos elas eram um meio importante de desacumulação dos hospitais, e por outro lado continuavam a estiolar nos manicómios fechados centenas de incuráveis da classe agrícola quando em colónias seriam valorizados os "seus automáticos serviços a esse ar livre dos campos, de que muitos guardam uma perpétua nostalgia"[2]. Assim, dos que viviam fora dos hospitais, só os das classes abastadas, em pequeno número e apenas em Lisboa e Porto, tinham regular assistência médica. Quanto aos pobres, ou "vagueiam, mendigando, se são tranquilos, ou se a violência da loucura os torna incompatíveis com a vida colectiva são lançados nas prisões"[3].

Depois de denunciar o atraso da assistência hospitalar, Matos vem pelo contrário elogiar a organização dos serviços médico-legais relativos aos criminosos alienados ou suspeitos de loucura, que classifica de excelente. Quanto a ele, nesta matéria, Portugal encontrava-se em avanço sobre os países mais cultos, conforme fora constatado no Congresso Internacional de Medicina, reunido em Madrid há cinco anos e onde o Congresso "exprimira o voto de que universalmente se adoptasse a nossa organização tanto ela pareceu modelar aos psiquiatras ali reunidos"[4]. O país ficara dividido em três circunscrições médico-legais, sediadas em Lisboa, Porto e Coimbra, funcionando em cada uma um conselho cujos membros eram nomeados pelo Governo tendo a seu cargo o exame pericial dos casos criminais da sua circunscrição. Nos assuntos psiquiátricos, era constituído pelo professor de medicina legal da respectiva escola, por um médico antropologista e pelo director do manicómio da cidade, sendo que em Coimbra era substituído por um professor por não existir o estabelecimento. Fora das sedes dos conselhos médico-legais funcionavam como peritos os médicos municipais ou outros nomeados pelos juízes, mas podiam recorrer das suas decisões para os conselhos médico-legais o juiz, o delegado do procurador régio ou um particular interessado no caso. Os conselhos julgavam e tomavam decisões que não podiam ser invalidadas. O médico alienista

---

[1] MATTOS, Júlio de – Os Alienados em Portugal. Assistência- Legislação – Ensino da psychiatria, 1908. p. 676.
[2] Idem, Ibidem, p.676.
[3] Idem, Ibidem, p.676.
[4] MATTOS, Júlio de – Ibidem, pp.676-678. Refere-se á Lei de 17 de Agosto de 1899. Definidora das perícias médico-legais, foi depois seguida de Instruções regulamentares de 8 de Fevereiro de 1900, que tratava dos denominados Exames de Alienação Mental.

redigia o relatório, que se aceite e assinado pelos outros membros do conselho era entregue ao juiz, que tinha de subordinar-se às conclusões do relatório. Se esta fosse de alienação mental do examinado era obrigatória a absolvição, pois a loucura era segundo o Código Penal, circunstância dirimente da responsabilidade, e por isso Matos escrevera na comunicação que apresentara no já referido Congresso de Madrid "le rapport, chez nous, a l'autorité de la chose jugée"[1].

Resumindo no final, Júlio de Matos afirmava que a assistência aos alienados era de insuficiência inigualável, mas possuía uma organização modelar dos serviços médico-legais no capítulo da criminalidade mórbida, e não havia ainda ensino oficial da psiquiatria que considerava vergonhosa excepção entre os povos cultos do mundo. O ensino livre também nunca se conseguira firmar quer no Porto quer em Lisboa e portanto não havia escola para formar alienistas para os manicómios que venham a ser criados nem peritos para intervir nos problemas de psiquiatria forense fora das sedes dos conselhos médico-legais. Finalmente, não havia manicómios para hospitalizar um décimo dos alienados.

Em 1909, o deputado Miguel Bombarda apresentou um Projecto de Lei de Protecção aos Alienados[2] que surpreende pelos pormenores normativos e jurídicos e traz contributos novos para o tema. Começa por lembrar a lei Sena não posta em prática e por denunciar as receitas nunca aplicadas na assistência pública e propõe a criação de uma Junta de proteção dos alienados[3], garantia de que os seus rendimentos não mais seriam desviados, numa altura em que se expandia o tratamento domiciliário e as colónias familiares se multiplicavam em vários países com bons resultados: melhoria das condições higiénicas e da mortalidade, aumento do bem-estar dos doentes e economia nas despesas do tratamento. Mas a Junta não se destinava só à administração de fundos, mas também ao alargamento da assistência aos alienados pobres e ainda a dois fins abandonados pela legislação: a fiscalização de todo o serviço de alienados, público ou particular, logo a "vigilância pelos interesses físicos, morais e materiais dos doentes"[4] e a salvaguarda da liberdade individual, garantindo que não ocorriam sequestrações arbitrárias. Outra preocupação era a desanexação do Hospital de Rilhafoles da administração do Hospital de S. José, o aumento do pessoal que era premente, e a criação de

[1] Idem, Ibidem, p. 679. O texto da comunicação apresentado ao Congresso em Madrid era "L'assistance des Aliénés Criminels au point de vue législatif". In: MATTOS, Júlio de – A Loucura. Estudos clínicos e médico-legais, 2ª edição. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1914. pp. 515-525.
[2] BOMBARDA, Miguel – Projecto de Lei de protecção dos Alienados. A Medicina Contemporanea. Lisboa, nº17, (1909), pp. 129-146.
[3] Idem, Ibidem, p.132. A Junta seria "a garantia de que os rendimentos dos alienados não mais serão desviados".
[4] Idem, Ibidem, p.133.

um asilo especial para alienados criminosos. A Junta, constituída por um inspector-geral e quatro visitadores, seria presidida por um médico, e os visitadores seriam dois advogados e dois médicos com uma série de funções de visita, inspeção, administração, estatísticas, participação judicial, atendimento a queixas, reclamações ou consultas, decisão quanto a colocação em liberdade de internados, etc. Seguem-se outros tópicos tratados com pormenor, como colocação dos doentes fora das próprias famílias, indigentes e não indigentes, admissões para exame médico-legal, assistência e tratamento, fortuna dos alienados, obrigações das pessoas que têm doentes à sua guarda, receitas e despesas, ensino da psiquiatria, alienados criminosos, estabelecimentos e casas particulares que os recebam, patronagem, penalidades e disposições finais. A necessidade de distinção entre controlo e cura, vigilância e proteção, normatividade e liberdade era difícil[1], podendo ser ilustrada pela preocupação do documento em prevenir e punir maus tratos sobre doentes, abusos sexuais, internamentos arbitrários; em contraste com a preocupação com a correspondência, pois as cartas escritas pelos alienados, e as que lhes eram dirigidas seriam lidas antes de seguir ou lhes serem entregues pelo director do hospital e nos outros casos pelo médico assistente. Já as cartas dirigidas pelos doentes a qualquer autoridade pública só poderiam ser abertas pelo destinatário[2]. Era também permitida a ausência dos internados por um período não superior a 8 dias, quer se trate de saídas de ensaio quer não, sendo considerado como continuando no estabelecimento, ao qual se devem as respectivas pensões como se estivesse internado. No entanto, "qualquer documento que o alienado assine durante a sua ausência não tem validade, como igualmente não a tem durante o internamento real"[3]. Outra questão, periodicamente noticiada e comentada na imprensa era a das evasões de doentes, por vezes aproveitadas para propaganda nas palavras de Bombarda, que numa daquelas intervenções corajosas e desassombradas que por vezes o distinguiam, resolveu abordar na Câmara dos Deputados o tema[4]. Lamentando a escassez de médicos e enfermeiros, que originava o grande número de evasões, acrescenta que por maior que seja a enfermagem dão-se evasões, que serão mais frequentes quanto se mantivesse o tratamento moderno, não fechando o doente à chave. E

[1] Este tema tem uma importância central e atravessa sempre a história assistencial na saúde mental e prática psiquiátrica.
[2] BOMBARDA, Miguel – Projecto de Lei de protecção dos Alienados. A Medicina Contemporanea. Lisboa, nº17, (1909), pp.139-140. Ver III – Assistência e tratamento.
[3] Idem, Ibidem, III – Assistência e tratamento, p.140. Ficam patentes as contradições, dificuldades e dilemas de que o próprio Bombarda parecia consciente ao insistir no dever do Estado de protecção dos alienados, vigilância dos seus interesses físicos, morais e materiais, e nas garantias à liberdade individual que procura estabelecer no seu projecto.
[4] BOMBARDA, Miguel – "O fundo dos alienados". A Medicina Contemporanea, nº 37, (1909), pp. 299-303.

enfatizando, "Rilhafoles não deve ser uma cadeia, uma penitenciária, mas sim um hospital"[1], por se dever aproximar do sistema inglês do *open door*, que exigia mais vigilância mas representava a obrigação de dar no hospital a máxima liberdade aos doentes, desde que não se tratasse de doentes que constituissem perigo para a ordem pública.

Percebe-se bem tendo em conta a exposição de 1908 de Matos e o projecto de Bombarda de 1909, e o peso científico, social e político destes dois protagonistas, que após a implantação da República, a assistência aos alienados venha a ser objecto da maior atenção e em 1911 seja publicado um importante diploma legislativo que visava reformar e preencher as lacunas anteriormente expostas, diploma da responsabilidade do próprio Júlio de Matos[2]. Na introdução, resume-se em boa parte o que fora dito no trabalho referido de 1908, salientando-se a pouca fiabilidade das estatísticas sobre o número dos alienados e a suposição de que os doentes apurados por A. M. de Sena em 1883, "vivendo em liberdade e reproduzindo-se, ao menos em parte, tenham dado origem, mercê das inflexíveis leis da hereditariedade mórbida a um número considerável de novos alienados"[3], além do alcoolismo em aumento progressivo. Portugal hospitalizaria menos de uma quinta parte dos alienados, deixando as quatro restantes ao abandono, sendo causa de crimes inconscientes, de sobressaltos sociais e de progressiva degenerescência da raça. Relembra-se a lei Sena aprovada em 1889 que nunca teve execução prática, e as receitas cobradas desde há vinte e dois anos e nunca aplicadas à sua verdadeira finalidade, afinal "tudo se sumiu na voragem do extinto regime*!*" Para "reparar a monstruosidade que a monarquia nos legou"[4] surgia este decreto que autorizava o governo da república a edificar sete novos manicómios e a criar dez colónias agrícolas, para assistência de alienados incuráveis e válidos[5]. O documento também visava regular técnica e administrativamente aquele abandonado serviço público.

Os manicómios eram divididos em quatro categorias: 1) Manicómios de ensino (clinicas psiquiátricas), anexados pedagogicamente às Faculdades de Medicina de Lisboa, Porto e Coimbra, destinados sobretudo a casos recentes, agudos, reclamando um activo tratamento, ou

---

[1] Idem, Ibidem, pp.301-302. O discurso não se limitou a este tema, pois denunciou as mortes frequentes por paludismo, porque o país deixava morrer os doentes por falta de quinina, e a pelagra cuja profilaxia é fácil e eficaz, mas que morrem através da loucura e do suicídio, por culpa do Estado, atacando depois os "preconceitos religiosos", e reclamando ainda para que o governo "restitua o dinheiro que espoliou aos alienados".

[2] Decreto com força de Lei de 11 de Maio de 1911 – Criação de Manicómios. Em "Assistência aos Alienados em Portugal" publicado em "A Medicina Contemporanea", nº 19, (1911), pp.145-152. Divulga-se a legislação publicada pelo governo provisório sobre o tema.

[3] Ibidem, p.145.

[4] Ibidem, p. 145.

[5] Júlio de Matos reescreve em parte as conclusões do trabalho de 1908. "Assistência aos alienados em Portugal", 1911, p.145.

de interesse para o ensino. 2) Manicómios regionais, recebendo casos recentes e antigos, agudos e crónicos. 3) Manicómios criminais, destinados a delinquentes. 4) Manicómios asilos, recebendo dementes, idiotas, imbecis e débeis mentais[1].

Todos estes manicómios eram destinados aos dois sexos, excepto os criminais; e todos recebiam indigentes e pensionistas. Os manicómios de ensino eram os que exigiam maior número de médicos (1 clinico para 100 doentes) e de guardas (1 guarda para 6 doentes) e os únicos onde havia separação das funções técnicas e administrativas, pois o lugar de director exercido pelo professor de psiquiatria implicava um absorvente trabalho científico, clinico e de ensino, incumbindo as funções administrativas a outro responsável, embora subordinado ao médico director. Em todos os outros manicómios colocava-se nas mãos do médico administrador a direção de todos os serviços, pois "dentro de um hospital, tudo tem, mediata ou imediatamente, um carácter medico"[2]. Os manicómios regionais destinavam-se ao tratamento de casos recentes e antigos, agudos e crónicos, susceptiveis de cura e incuráveis, e a proporção neste caso era de 1 clinico para 150 doentes e 1 guarda para 10 doentes. Os manicómios criminais destinavam-se à admissão de uma parte dos delinquentes julgados irresponsáveis por alienação mental e também de alguns dos que nos cárceres enlouqueciam durante o cumprimento da pena. O documento faz depois uma importante distinção entre os loucos de criminalidade acidental, verdadeiros doentes e que podiam estar em qualquer manicómio, dos alienados de especial temibilidade, cujos crimes seriam manifestação da sua própria organização constitucionalmente anómala; estes eram os loucos morais, os epilepticos, os perseguidos-perseguidores e os impulsivos, "mais degenerados que doentes, mais produto da hereditariedade do que das influências do meio"[3]. Aos primeiros chama *alienados-criminosos*, e aos segundos *criminosos alienados*, dadas as tendências ao delito e o papel dominante da perversão moral nas suas psicopatias. Por serem *"*frequentemente lúcidos, assassinos ou ladrões instintivos, dotados de grande sociabilidade e sempre animados de um ardente espírito de revolta[4]*",* eram considerados motivo de perigo e indisciplina nos manicómios comuns, sendo pois perante tais degenerados necessário o *"*isolamento perpétuo ou pelo menos indefinido em manicómios especiais"[5] que funcionassem ao mesmo tempo

[1] Ibidem, p.145.
[2] Ibidem, p.146. Trata-se de uma citação de Esquirol, que também Bombarda utilizou como citação no seu Relatório de 1894, "tout est médicale dans un hospice d'aliénés".
[3] Assistência aos alienados em Portugal, p.147.
[4] Idem, Ibidem, p.147.
[5] Idem, Ibidem, p. 147.

como casas hospitalares e como cárceres[1]. O documento aponta para a criação de dois manicómios criminais contendo 450 lugares, mantendo-se a proporção de 1 clínico para 150 alienados, porque o Estado "impõe aos médicos assistentes dos manicómios criminais trabalhos de antropologia"[2] que só eles podiam executar e que por desleixo deixaram de ser executados em Portugal.

Quanto aos manicómios-asilos, destinam-se aos "insuficientes e deficientes de espírito"[3], adultos e crianças, e os institutos medico-pedagógicos anexos, promoveriam a educação dos menores susceptíveis de um certo desenvolvimento psíquico, intelectual e ético, sendo aqui defendida a proporção de um médico para 200 doentes. Quanto às colónias agrícolas, que a lei Sena não contemplara[4], são consideradas um meio assistencial duplamente vantajoso por ser mais barato que a hospitalização em manicómios fechados e porque utiliza o trabalho de muitos doentes crónicos e incuráveis mas válidos permitindo-lhes uma vida mais higiénica e variada, num país onde a maioria dos alienados pertencia à classe agrícola. Apontam-se para 10 colónias, repartidas pelas ilhas e províncias do continente, permitindo assistir muitos doentes que vivem "desocupados e nostálgicos do ar do campo"[5] nos manicómios de Lisboa e Porto, ou que vagueiam nas aldeias e vilas, "inquietando, cometendo delitos e perpetuando-se em novos exemplares de loucura"[6]. Cada colónia deveria assistir 300 alienados, pelo menos.

Apenas são mencionadas as colónias familiares, porque "não se decretam instituições desta ordem, produtos espontâneos das necessidades locais e do caracter tradicional de cada povo"[7] e que na Bélgica, Escócia, Holanda e Alemanha já apresentavam grande presença e tradição. Acrescenta que autorizando as administração dos manicómios a entregarem, mediante pequenos subsídios, doentes incuráveis e inofensivos a famílias que se proponham recebê-los, o decreto "reconhece o privat-dwelling system dos escoceses e torna possível a instituição de futuras colónias familiais, entre nós"[8].

Nos manicómios de 1ª categoria haveria uma consulta externa de doenças mentais e nervosas, feitas pelos médicos-directores, seus adjuntos e assistentes. Sendo gratuita para os pobres, não dava direito a medicamentos ou a escolha de médicos. Haveria 1 em Lisboa com 800 camas,

---

[1] Idem, Ibidem, p. 147.
[2] Ibidem, p.147. É evidente a importância dada à antropologia criminal, cultivada por Júlio de Matos.
[3] Idem, Ibidem, p. 147.
[4] Este reparo também fora feito antes por Bettencourt Rodrigues em sessão da S.C.M.L de Janeiro de 1891. Ver Acta da Sessão de 17 de Janeiro de 1891. Jornal da S.C.M.L., pp. 296-300.
[5] Assistencia aos alienados em Portugal, p.147.
[6] Ibidem, p.147.
[7] Ibidem, p.148.
[8] Ibidem, p.148.

400 homens e 400 mulheres, e 1 em Coimbra de 300 camas, 150 homens e 150 mulheres. Manicómios de 2ª categoria haveria 1 em S. Miguel e 1 no Funchal de 300 camas cada um. De 3ª categoria haveria 1 em Lisboa de 300 lugares para homens, e 1 no Porto de 150 para mulheres. De 4ª categoria apontava para 1 no Porto de 300 camas, 150 homens e 150 mulheres e 1 em Coimbra de 100 lugares, 50 homens e 50 mulheres. O Hospital do Conde de Ferreira, de 550 camas, tomaria o nome de Manicómio do Conde de Ferreira pertencendo à 1ª categoria, sendo apenas diferente quanto á sua administração, a cargo da Misericórdia do Porto. O Hospital de Rilhafoles passaria a chamar-se Manicómio Bombarda funcionando como de 1ª categoria com um máximo de 700 doentes apenas até à construção do novo manicómio de ensino, passando depois à 4ª categoria com 500 lugares. O manicómio criado junto da Faculdade de Medicina de Coimbra seria chamado Manicómio Sena, de 1ª categoria com o máximo de 300 doentes. Os de 1ª e 2ª categoria teriam pavilhões de isolamento para doentes com doenças contagiosas e para observação de criminosos suspeitos de loucura. As colónias agrícolas, só para homens, seriam de uma só categoria, formadas por terrenos de cultura, pavilhões para domicílio dos doentes e um edifício central para habitação do pessoal superior, serviços de administração e enfermaria para doentes com episódios delirantes ou doenças intercorrentes.

Quanto aos recursos humanos o documento defende a criação de um grupo numeroso de alienistas, exclusivamente votados ao estudo e cultivo da especialidade e pronuncia-se contra as nomeações de psiquiatras de carreira sem precedência de concurso, pois "da capacidade e do valor científico de médicos, só médicos podem julgar"[1]. Por isso competia às Faculdades de Medicina de Lisboa, Porto e Coimbra e aos alienistas directores e adjuntos dos manicómios o julgamento da capacidade dos que pretendem uma situação psiquiátrica, acabando pois o sistema até hoje seguido entre nós, da intervenção de incompetentes na apreciação dificílima do valor de um psiquiatra. Sem concurso apenas se admitiam as nomeações de alienistas para directores e clínicos das casas de saúde, institutos privados e de caracter industrial, mas para evitar a nomeação de incompetentes, realça-se que só psiquiatras podiam fazer clinica de alienados[2].

Quanto aos recursos humanos, ficaria dividido nos manicómios e colonias agrícolas em pessoal técnico e administrativo, cada um subdividido em superior e inferior. Ao pessoal técnico superior pertenciam os médicos e os farmacêuticos, ao inferior os enfermeiros-chefes,

---

[1] Ibidem, pp. 148-149.
[2] Ibidem, p.149.

os enfermeiros, os ajudantes, os chefes de oficinas, os empregados de balneação e os empregados de laboratórios e bibliotecas[1]. Nos estabelecimentos de 1ª categoria, haveria um médico para 100 doentes, nos de 2ª e 3ª, um médico para 150 doentes, nos de 4ª um médico para 200 doentes, e nas colónias agrícolas, um médico para 300 doentes. Em todos haveria um enfermeiro-chefe para cada divisão sexual, um enfermeiro e um ajudante em cada enfermaria, um número de guardas que seria de 1 para 6 doentes nos manicómios de 1ª categoria, de 1 para 10 nos de 2ª, 3ª e 4ª e um número de serventes a ser determinado pelas necessidades.

Nos manicómios de 1ª categoria o director seria o professor de psiquiatria da faculdade respectiva, com um adjunto também professor, por ajudantes cujo número dependia das proporções numéricas já referidas, e por assistentes; haveria ainda um policlínico encarregado do serviço cirúrgico, obstétrico e de doenças intercorrentes. Nos restantes manicómios o médico era também administrador e seria auxiliado por um adjunto e por ajudantes de número variável nas proporções definidas. Os médicos directores, médicos administradores, adjuntos, os secretários e os farmacêuticos tinham direito a habitação de família, com iluminação, aquecimento e combustível, nos manicómios ou suas dependências. O pessoal técnico superior tinha residência e alimentação, e todo o pessoal técnico interno, superior ou inferior, tinha direito, quando doente, a medicamentos. O provimento do pessoal médico nos estabelecimentos de 1ª categoria competia às Faculdades de Medicina, nos restantes casos era da nomeação do ministro do interior, mediante prévio concurso. Para lugares de médico-administrador e médicos adjuntos, o concurso seria feito perante as faculdades por títulos científicos e provas públicas, quando algum candidato o reclamasse, e para os lugares de ajudantes o júri era constituído por médicos-administradores e adjuntos do manicómio onde houvesse a vaga. Para os lugares de farmacêutico, haveria concursos perante as Escolas de Farmácia. O documento menciona igualmente as instituições particulares de assistência, definindo normas e procedimentos para a sua regulação técnica e administrativa em qualquer das três categorias: casas de saúde, policlínicas ou hospitais comuns e os domicílios privados.

Quanto às funções exercidas, médicas e legais, o documento procurava conciliar a rapidez de isolamento e tratamento dos doentes com o respeito pelas garantias individuais, evitando sequestrações injustificadas. Considera que a lei francesa de 1838 ainda é a que melhor

[1] A publicação do Decreto – Lei de 11 de Maio de 1911 pela Medicina Contemporanea não era completa, faltando artigos sobre o pessoal administrativo, que eram definidores dos papéis dos técnicos e das outras categorias profissionais, numa pirâmide bem hierarquizada, com as diversas categorias de médicos, enfermeiros-chefes, enfermeiros, ajudantes, guardas, chefes de balneário e serventes, e, por outro lado, farmacêuticos, administradores e ecónomos. Ver Anuário da Faculdade de Medicina do Porto (1910-1911), em Assistência aos Alienados, pp.249-274, nomeadamente os art.º 7º a art.º 25º.

concilia os interesses em jogo, apesar de "atacada por advogados e jornalistas, que não cessam de agitar no parlamento e na imprensa e espectro comovedor das sequestrações arbitrárias"[1], e tem sido sempre defendida pelos alienistas, sendo que "jamais se apurou um caso autentico de sequestração arbitrária nos asilos franceses"[2]. São propostas apenas duas modificações, uma para facilitar o internamento de alienados, outra para dificultar o possível isolamento de pessoas não doentes. A primeira consiste em dar aos doentes o direito de serem eles próprios a solicitar a sua admissão em manicómio, a segunda passa de um para dois o número de médicos necessários para preencher o atestado de admissão, que não pode ser passado com data superior a sete dias antes da admissão e tinha para ser válido que mencionar sintomas inequívocos de alienação mental, directamente observado pelos signatários. Cria ainda uma inspeção técnica a todos os estabelecimentos públicos e particulares que tratem loucos incluindo todas as casas onde se encontre recolhido um alienado, considerando que ao contrário dos manicómios, poderia haver facilmente admissões irregulares em casas de saúde, hospitais comuns e domicílios privados.

Quanto à saída dos doentes, a defesa social exigiria garantias sérias que este decreto viria acautelar, remetendo em parte para a carta de lei de 3 de abril de 1896[3]. Para os serviços de inspeção técnica e administrativa o diploma anuncia a criação do psiquiatra inspector, auxiliado por sub-inspectores para colher todos os elementos, numa tarefa que se considera "científica, exacta"[4], que só pode ser levada a cabo por quem tenha a compreensão e todos os meios de controlo sobre o conjunto dos dados indispensáveis. O país ficava dividido em quatro zonas, formadas pelas ilhas da Madeira e Açores, pelo sul, pelo centro e pelo norte, com os respectivos manicómios dos vários tipos e as colonias agrícolas; a cada zona correspondia um sub-inspector, domiciliado numa das ilhas adjacentes e nas cidades mais importantes das zonas do continente e o inspector com residência em Lisboa centralizaria todo o serviço, em correspondência com todas as autoridades civis, militares e judiciais e da

[1] Ibidem, p.150.

[2] Ibidem, p.150. Em Portugal, basta citar o caso de Maria Adelaide Coelho da Cunha (1918-1919) e antes o de Cunha Dias (1917-1918) para corrigir esta asserção. Ver CUNHA, M. A. da – Doida não! com prefácio e notas de Bernardo Lucas. Porto: Tipografia Fonseca, 1920; DIAS, Da Cunha – Sobre um decreto. Uma campanha jornalística. Lisboa: Lamas, Motta & Cª, 1917.

[3] Esta Lei regulava o internamento dos criminosos considerados irresponsáveis devido a loucura, estabelecendo a obrigatoriedade do exame médico-legal em todas as situações em que o crime ou delito tenha sido praticado por indivíduo supostamente alienado.

[4] Ibidem, p.151. Vários autores classificam este período histórico como "era das certezas". Ver COLLÉE, M.; QUÉTEL, C. – Histoire des maladies mentales. Paris: Presses Universitaires de France, 1987. p. 85. Sobre a teoria e a prática asilar, um livro fundamental, que traça o início, a apoteose e o fracasso do asilo: GAUCHET, M., SWAIN, G. – La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique. Paris: Gallimard, 1980.

organização psiquiátrica. Quanto às inspeções administrativas, competiriam segundo a legislação vigente aos governadores civis, apesar de terem andado absolutamente esquecidas.

A questão dos custos é abordada no final do documento, afirmando-se logo que a criação e manutenção dos novos serviços públicos de assistência implicam despesas importantes que só se podem fazer devagar, cabendo ao Estado as despesas de criação, mas as ilhas e as circunscrições universitárias deveriam contribuir com os terrenos para instalação das colónias agrícolas. Menciona para as despesas da criação a possibilidade de recorrer às receitas definidas pela carta de lei de 4 julho de 1889[1] que estivessem vigentes, a cedência de terrenos pela Misericórdia do Porto que há anos inutilmente os oferecera ao governo da extinta monarquia e que podiam servir para construir o manicómio de 4ª classe. Quanto às despesas de manutenção não deviam competir apenas ao Estado, mas também aos municípios a quem competiam, segundo a lei, funções de assistência pública. Concluindo, as fontes de receita para a manutenção dos manicómios e colonias agrícolas eram: o fundo criado pela lei Sena, as quantias cobradas dos municípios, as quotas pagas pelos pensionistas remediados e ricos, distribuídos por classes, o produto do trabalho dos alienados nas colonias agrícolas e oficinas dos manicómios, o rendimento das cercas e propriedades dos estabelecimentos, o produto de vendas de espólios ou materiais inutilizados, os legados e doações.

Num ponto final menciona-se o Hospital do Conde de Ferreira, considerando-se uma anomalia que o pessoal médico seja uma escolha das Mesas da Misericórdia, reiterando-se não ser compreensível que a competência de médicos alienistas seja avaliada por pessoas estranhas à profissão médica, sendo necessário que o director, o adjunto e os ajudantes sejam julgados pela Faculdade de Medicina, o que não retiraria autonomia à Misericórdia do Porto, pois apenas se pretendia acabar com um estado anómalo de coisas, ficando o estabelecimento de gloriosas tradições no lugar que lhe competia entre as futuras clinicas psiquiátricas do país, com ensino universitário e tarefas assistenciais aos alienados como hospital público pois sempre funcionou com essa missão. As funções administrativas continuavam integralmente a ser da responsabilidade da Misericórdia do Porto. Durante largos anos Rilhafoles foi considerado um péssimo hospital pelos próprios clínicos, alvo de denúncias nas reuniões da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa[2], e pelo contrário o Hospital do Conde de Ferreira

---

[1] Referencia à denominada Lei Senna.

[2] Os debates sobre o tema de Rilhafoles atingiram o auge em 1886, em sucessivas reuniões na S.C.M.L. onde as críticas virulentas e denúncias da situação se sucederam, tendo participado nomeadamente Bombarda, Sousa Martins, Gaspar Gomes, Eduardo Abreu, May Figueira, Burnay, Craveiro, Silva Carvalho. Ver A Medicina Contemporanea, nº 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 (1886), principalmente. Quanto às soluções as opiniões dividiam-se.

era-lhe comparado e considerado um bom exemplo de asilo de alienados[1]. Quem melhor expôs a evolução assistencial no Hospital de Rilhafoles foi José de Matos Sobral Cid, nomeadamente no trabalho *A Clinica Psiquiátrica de Lisboa*[2], fundamentado nos dados estatísticos relativos ao movimento da população em Rilhafoles (admissões, saídas, existência diária média e mortalidade) desde 1870 até 1925. Começa por se referir aos relatórios de Miguel Bombarda considerando o de 1892 o mais importante e depois os dados a partir de 1911 foram colhidos por ele próprio (estatísticas anuais e livros de registo). Nas admissões a média trienal não ultrapassava em geral a cifra de 300, com alturas em que chegava aos 400. Como não havia mais de 1600 lugares no total dos manicómios (Bombarda, Conde Ferreira, Idanha e Telhal) só os casos mais urgentes do ponto de vista médico e social podiam ser admitidos, "resultando a pavorosa acumulação existente no único manicómio do Estado"[3]. A situação agravara-se a partir de 1923 pela publicação do regulamento da polícia administrativa de Lisboa, que obrigava o hospital a receber todos os alienados enviados pela referida polícia, houvesse ou não lugares disponíveis, e como o Hospital do Conde de Ferreira restringira o ingresso de doentes atingido pela crise monetária existente, a acumulação acentuou-se. Cid propunha que o Estado subsidiasse Idanha e o Telhal que poderiam receber maior número de doentes e colocava ainda como desejável a possibilidade de dotar alguns dos hospitais regionais com um pequeno pavilhão psiquiátrico. Quanto às altas a cifra mantinha-se na casa dos 100, com variações para cima e para baixo. A média das altas no período de Miguel Bombarda era maior, mas resultava também do maior número de casos de loucura não verificada. Quanto à denominada existência média diária, as estatísticas hospitalares revelavam um aumento considerável de alienados desde 1870: 499 no primeiro triénio, 922 no último e cerca de 950 no ano de 1926. Uma realidade dramática, era a elevada mortalidade nomeadamente por enterite epidémica, "praga bem conhecida dos manicómios velhos e acumulados"[4] e que só se foi atenuando com obras de saneamento e construção de novos pavilhões, criando-se melhores condições higiénicas e sanitárias. Conclui que a passagem ao

---

[1] As discussões referidas na S.C.M.L. mostraram também que os médicos com "mentalidade científica" tomavam posições de institucionalização e de separação terapêutica mais marcada, como a de Bombarda considerando "anti-científico" o envio de alienados para as famílias, sendo a separação e o isolamento o primeiro passo do tratamento, e Sousa Martins ao considerar o alienado fonte de contágio moral, "tão anti-higiénico estar em família como um colérico". Ver Jornal da S.C.M.L., nº11, Acta da sessão de 10 de Abril de 1886. Lisboa: Imprensa Nacional, (1886), pp. 347-355.

[2] CID, José de Matos Sobral – A Clinica Psiquiátrica de Lisboa (Manicómio Bombarda). Propostas de reorganização apresentadas a sua Exª o ministro da Instrução Pública. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.1925.

[3] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, p.4.

[4] Idem, Ibidem, p.13.

regime de Clínica Psiquiátrica foi muito benéfica para a população hospitalizada. Relembra que Miguel Bombarda tinha apenas um auxiliar, Caetano Beirão, "talvez porque ele preferisse essa situação"[1], o que implicava um único alienista para cada divisão sexual. Quando Júlio de Matos começou a dirigir o Hospital, entrara com um professor adjunto e mais quatro assistentes, além de Caetano Beirão do antigo quadro[2]. Esta situação mais confortável irá agravar-se, pois em 1918 foi suprimido o lugar de primeiro assistente e em 1923 o de médico adjunto, ficando o quadro reduzido a cinco alienistas para uma população de mais de 900 doentes, acrescentando Sobral Cid que era muito pouco face às exigências decorrentes das complexas funções clínicas, docentes e periciais[3]. Numa anotação importante, escreve que no regime de Asilo, anterior a 1911, em que um só médico tinha a seu cargo uma divisão sexual, a assistência tendia necessariamente a tomar um carácter colectivo e a terapêutica a recair no emprego automático de um número limitado de medicações sistemáticas[4]. Com a instauração da Clínica Psiquiátrica, a assistência individualizou-se consideravelmente e embora Cid ainda considere excessivo o número de doentes face ao número de clínicos, reconhece que o exame clínico passara a ser feito com mais minúcia e que a actividade terapêutica se tornara "mais complexa, dúctil e adaptável às circunstâncias e condições individuais"[5].

O trabalho termina com Sobral Cid a relembrar o "velho e mortífero preconceito de que as exigências da assistência aos alienados podem ser facilmente satisfeitas por um número reduzido de médicos"[6], muito inferior aos quadros dos hospitais gerais. Renova a conclusão que foi graças à ampliação do quadro clínico e à consequente individualização e aperfeiçoamento da assistência, na terapêutica e na profilaxia, que as endemias nosocomiais recuaram e se reduziu muito a mortalidade. E que só entre 1911 e 1918, o Manicómio Bombarda teve um quadro clínico adequado às suas necessidades, nos termos do Decreto-lei de 11 de Maio de 1911, funcionando com um total de 7 alienistas para 700 a 800 doentes,

---

[1] Idem, Ibidem, p.16.

[2] Júlio de Matos enviara para o Relatório sobre a actividade da Faculdade de Medicina no ano de 1919-1920, um documento em que refere "as precárias condições em que funciona a clínica psiquiátrica naquele Manicómio em que tudo falta", e solicita ao Conselho Escolar para que interfira junto do Governo solicitando a urgente conclusão das obras do novo Manicómio do Campo Grande, a fim de se instalar condignamente a clínica. Da estatística, apurava-se que em 1 de Janeiro de 1919 existiam 788 doentes, entraram durante o ano 269, saíram 136, faleceram 110 e ficaram existindo em 31 de Dezembro 799. Ver Anuário da Universidade de Lisboa. Ano Lectivo 1919-1920. Lisboa: Imprensa Nacional, 1928.

[3] CID, José de Matos Sobral – A Clinica Psiquiátrica de Lisboa (Manicómio Bombarda). Propostas de reorganização apresentadas a sua Exª o ministro da Instrução Pública. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.1925.p.17.

[4] Idem, Ibidem, p.17.

[5] Idem, Ibidem, p.17.

[6] Idem, Ibidem, p.21.

respeitando o coeficiente que Júlio de Matos introduzira legislativamente para os Manicómios de Ensino. Como propostas anexas Cid reclama a autonomia administrativa do Manicómio Bombarda, chamando a atenção para a necessidade da ocupação pelo trabalho, sendo que pequenas oficinas permitiriam aos doentes entregarem-se a alguns trabalhos manuais sedentários e avisando que se o novo Manicómio do Campo Grande não dispuser de terrenos anexos permitindo o trabalho rural dos pensionistas, acabará com o tempo por se tornar "um lôbrego depósito de alienados"[1]. E afirma que se o problema não for satisfatoriamente resolvido, era preferível a Faculdade exonerar-se das responsabilidades da direção do Hospital, limitando-se às funções docentes e nesse caso um serviço de 160 lugares seria suficiente para assegurar o ensino da Clínica Psiquiátrica. O outro anexo consistia na proposta de reorganização da Clínica Psiquiátrica com ampliação do quadro clínico para nove médicos alienistas e da necessária abertura de uma Colónia Agrícola no país e de pequenos pavilhões psiquiátricos nos hospitais de província, que reforçam a necessidade de ampliações dos quadros clínicos e também do preenchimento das vagas no quadro do pessoal de enfermagem. Numa recensão bibliográfica às publicações de Sobral Cid "O Professor Miguel Bombarda. A sua carreira e a sua obra de alienista", e "A Clinica Psiquiátrica de Lisboa (Manicómio Bombarda)"[2], António de Azevedo lembra que a sorte dos loucos "no nosso país tão desprezada vem sendo pelos governantes e ainda pela beneficência privada, que nunca lhe dedicou particular enternecimento"[3]. Este vasto plano de reforma, proposto por Sobral Cid, que Azevedo desejaria ver iniciado e o conhecimento do que foi a história da assistência psiquiátrica fá-lo escrever "que o prof. Sobral Cid não descanse nesta benemérita cruzada é o que se torna preciso. Todavia, muitos passos terá a dar e muitos dissabores há-de sofrer para alguma coisa conseguir"[4].

Com "Reforma e actualização da Assistência Psiquiátrica em Portugal" (1927), memória dirigida ao Ministro do Interior, Sobral Cid prossegue a denúncia do estado em que se encontrava a assistência psiquiátrica no país, feita na revista *Lisboa Médica*[5]. O seu objectivo é logo enunciado: "incitar os poderes públicos a uma reforma radical e moderna da assistência

---

[1] Idem, Ibidem, p. 32.

[2] AZEVEDO, António de – "O Professor Miguel Bombarda. A sua carreira e a sua obra de alienista e A Clinica Psiquiátrica de Lisboa (Manicómio Bombarda) ". A Medicina Contemporanea: Lisboa. nº11, (1928), pp. 85-86.

[3] Idem, Ibidem, pp 55-56.

[4] Idem, Ibidem, p.86. Tratou-se de uma afirmação certeira, pois os esforços de Sobral Cid foram sendo sistematicamente ignorados.

[5] CID, José de Matos Sobral – "Reforma e actualização da Assistência Psiquiátrica em Portugal". Sep. Lisboa Médica. (1927), ano IV, pp.549-575; (1928), nº1, pp.1-29. Ver CID, José de Matos Sobral – Obras. II volume. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 1984. pp. 63-124.

aos psicopatas, que entre nós está na infância, salvo na parte clínica e a um bom meio século de distância da fase de evolução em que actualmente se encontra nos países cultos"[1]. Mais do que voltar a expor as misérias do Manicómio Bombarda, Sobral Cid vai deixando notas que revelam a evolução do seu pensamento sobre o próprio sentido do trabalho em psiquiatria, como ao escrever "a assistência psiquiátrica contemporânea, longe de propugnar pelo asilamento sistemático de todos os alienados, tem antes por objectivo dominante evitar na medida do possível o seu internamento e quando ele se torne necessário, reduzir ao mínimo a sua duração"[2]. Os países mais avançados já praticavam uma forma de organização complexa, que ia desde o dispensário à assistência familiar, passando pelo hospital psiquiátrico e pela colónia-asilo, apoiado nos serviços de assistência social. Ao analisar o Manicómio Bombarda aponta os vícios orgânicos como a estrutura conventual de base, com unidades que não satisfaziam as exigências de higiene hospitalar, que com a presença de cerca de mil internados a ocupar espaços em condições degradadas, tornavam o funcionamento hospitalar muito difícil e dolorosamente frustrante. Não hesita ao referir-se ao Pavilhão de Segurança para alienados criminosos e difíceis, dizendo que "obedece a um tipo de construção e a um sistema de hospitalização hoje absolutamente condenado, e como tal, deve desaparecer o mais cedo possível"[3]. Quanto aos defeitos adquiridos, o principal era a superacumulação dos doentes, consequência da prolongada carência do Estado no domínio da assistência psiquiátrica e revela bem a sua indiferença pela sorte dos alienados[4]. As consequências deste estado de coisas eram a escassez de espaço para acolher os doentes, o prejuízo em matéria de vigilância, a insuficiência de pessoal, a falta de meios para a prática da balneação permanente, conduzindo à impossibilidade de dispensar o uso de meios de contenção, como o colete-de-forças, já banidos nos modernos hospitais psiquiátricos. A falta de oficinas ou salas de trabalho para a ocupação dos doentes era outro problema, apenas sendo possível ocupar escasso número, pois tudo era sacrificado à premência de arranjar espaço para dormitórios. As condições também propiciavam o aparecimento das endemias nosocomiais, como a enterite, um dos factores clássicos de mortalidade hospitalar e de diversas doenças contagiosas como a tuberculose, também mortífera. Outra questão grave era a do estatuto do estabelecimento,

---

[1] CID, José de Matos Sobral – "Reforma e actualização da Assistência Psiquiátrica em Portugal". in Obras. II volume. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 1984. p. 65.
[2] Idem, Ibidem, p.67. Sobral Cid é o primeiro alienista que admite claramente nos seus escritos os inconvenientes da hospitalização prolongada.
[3] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, p.69. O Pavilhão de Segurança fora construído por Miguel Bombarda, com base no modelo hoje denominado panóptico, e esteve em funcionamento até ao ano 2000.
[4] Idem, Ibidem, p.70.

administrativamente sob a dependência e a tutela dos Hospitais Civis de Lisboa, que o colocava na última linha das prioridades, abaixo de todos os hospitais de Lisboa, sendo pois a concessão de uma verdadeira autonomia uma exigência importante para o Manicómio. Seguia-se uma súmula sobre as modernas orientações da assistência psiquiátrica, em vários países europeus, como Alemanha, França, Bélgica, Suíça, Inglaterra, e na América do Norte. O autor relembra que o Manicómio ou Asilo de alienados foi o único instrumento de assistência durante a maior parte do século XIX e os doentes distribuídos no Asilo por secções – agitados, tranquilos, imundos, lúcidos e sociáveis – "sem que esta classificação, imposta pelas próprias conveniências de organização interna do estabelecimento e ainda hoje tradicionais, correspondesse na realidade a qualquer sistematização nosográfica ou terapêutica"[1]. Ora Sobral Cid percebe bem que existe um "complexo de funções heterogéneas de difícil conciliação"[2]: hospital psiquiátrico, hospício, casa de guarda e reclusão, falanstério. Não era pois possível nem desejável manter uma assistência tradicional unicista centrada no Manicómio e por isso escreve que a tendência comum a todos os países cultos lhe parece "resolver o antigo complexo asilar num conjunto de organismos ou institutos de assistência nitidamente diferenciados e tendo em vista respectivamente a terapêutica, a profilaxia e a revalorização social do alienado"[3]. Finalmente tenta definir o que urge fazer, lembrando que não existe um único dispensário psiquiátrico no país, que não existe uma única Colónia-Asilo, em nenhuma das três cidades universitárias existe um hospital psiquiátrico possuindo os meios mais modernos de diagnóstico e tratamento e passa em revista os estabelecimentos existentes, as suas insuficiências técnicas e humanas, as instalações decrépitas ou antiquadas, a ausência de laboratórios ou da balneação permanente. Passa assim a propor quatro ordens de institutos: 1) Dispensário neuropsiquiátrico, com consulta externa e serviço de assistência social 2) Clínica Psiquiátrica, destinada ao internamento temporário e de curta duração. 3) Manicómio ou Asilo de alienados, com carácter de Colónia-Agrícola, destinado ao internamento prolongado dos doentes incuráveis. 4) Serviços de assistência pública familiar[4]. Acrescenta que pode ainda completar-se este quadro com estabelecimentos especiais para epilepticos, alcoólicos, toxicómanos, alienados criminosos, e para as psicopatias da infância.

[1] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, p.79. Esta característica, constante nos Asilos, era reveladora de que a cura e o tratamento eram subalternizados pelo *controlo e domesticação* pela organização interna da instituição, consequência inevitável do carácter colectivo da assistência referida pelo autor.
[2] Idem, Ibidem, p.80.
[3] Idem, Ibidem, p.80.
[4] Idem, Ibidem, p.111.

Quanto à ocupação, considera-a em primeiro lugar como meio terapêutico e de readaptação social (trabalho-tratamento), depois como possível fonte de receita, aliviando as despesas de assistência (trabalho-rendimento). Mas considera que o trabalho do doente deve ser remunerado, pelo menos uma parte deve reverter em seu proveito[1]. Menciona que o Asilo deve proporcionar divertimentos e distrações, socializar a actividade psíquica do doente, opondo-se à "misteriosa força centrípeta que os impele ao ensimesmamento e ao autismo"[2]. As visitas dos parentes e amigos devem ser permitidas, salvo contra-indicação especial, não deve haver regulamentos minuciosos e apertados ou com a ilusória pretensão de prever todas as eventualidades, o regime deve ser adaptado a cada caso individual, atenuando os rigores do internamento, no sentido do *open-door*. O Serviço Social surge muito valorizado, todas as unidades o devem ter e são enumeradas os seus objectivos gerais[3]. Também as *licenças de ensaio* são valorizadas, com a vigilância e assistência do serviço social e do corpo clínico, aumentando à medida que a assistência social se vai desenvolvendo assim como o número de doentes tratados com vantagem no domicílio, conforme a experiencia adquirida noutros países[4]. Termina considerando que os doentes que mais beneficiam da licença de ensaio ou alta precoce são os esquizofrénicos, acrescentando que "a praxe asilar mostra que o internamento prolongado do esquizofrénico, longe de ter qualquer utilidade, lhe é em regra extremamente nocivo, pois que favorecendo as tendências autistas, de certo modo consolida a sua desinserção do mundo real, precipitando a evolução da psicose para o estado terminal de demência pragmática"[5].

Concluindo, Sobral Cid afirma que se trata de converter o manicómio moderno num centro de assistência psiquiátrica familiar ou extramural, cujo raio de acção se deve estender em todas as direções. Esta reorganização dos serviços de assistência familiar à volta dos manicómios e dispensários, com a acção conjugada do corpo clínico e dos serviços sociais, seria para ele a última etapa na evolução assistencial com um sistema formado pelo hospital psiquiátrico, o dispensário e a colónia-agrícola[6].

---

[1] Idem, Ibidem, p.118.

[2] Idem, Ibidem, p.119.

[3] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, pp.120-122. A importancia da assistência social é sempre mencionado nos seus trabalhos.

[4] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, p.122.

[5] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, p.122.

[6] Idem, Ibidem, p.124. Barahona Fernandes afirmou a propósito da obra de Sobral Cid, não se poder esquecer "esse penoso conflito que abalou Cid na última década da sua vida, não ter encontrado eco oficial, nem grande ressonância social aos seus apelos em favor da assistência psiquiátrica". FERNANDES, H. Barahona – "Sobral Cid, Mestre da Psicopatologia". Separata de O Médico, nº 1557. Vol.100, (1981), pp.1-36.

Também em Coimbra houve tentativas para organizar instituições para tratamento e ensino mas a falta de condições manteve-se por muito tempo embora não deixasse de ser reclamada. Lopes Vieira, professor de Medicina Legal, publicou na *Coimbra Médica* em 1901 o artigo "Quando teremos hospital para alienados?!"[1], lembrando que desde 1884, depois da publicação do livro de Sena começara a propaganda activa a favor da organização deste ramo da beneficência pública e da construção de hospitais. Lembra a Lei de 1889, fala do fundo de beneficência pública dos alienados, e afirma que se o país enferma e não arriba não é à falta de leis, mas do seu devido cumprimento e observância. E lamenta a situação de na Faculdade de Medicina em Coimbra não se poder tratar a Psiquiatria como convinha, nem no campo restrito da medicina legal. Mas " como ensinar patologia mental sem bem saber patologia mental, e como saber desta senão pelo seu estudo prático e com exemplares a vista?!"[2], concluindo que deve haver meios para ser construído um modesto hospital de alienados em Coimbra, dotando a Faculdade de Medicina da única Universidade Portuguesa dos meios de ensino da psiquiatria. A preocupação com o tema não podia deixar de aumentar e em 1905, a propósito da realização do I Congresso Nacional de Beneficência no Porto, Ângelo da Fonseca nas páginas do *Movimento Medico*[3], revista editada em Coimbra, destaca a questão dos alienados em Portugal. De novo se recorda a Lei de 1889 e o imposto especial para se concluir e repudiar a forma estranha como o Estado se tem descartado das responsabilidades e compromissos tomados. Ainda em 1905, Daniel de Matos publica no *Movimento Medico* o artigo "Cursos de Psiquiatria Gorados - ensino da psiquiatria"[4] onde a propósito de uma proposta do conselheiro José de Alpoim a ser levada ao parlamento, pretendia-se melhorar a organização dos serviços médico-legais criando cursos de psiquiatria em Lisboa e no Porto e determinando a criação do curso em Coimbra logo que exista um serviço clínico. Dada a saída de Alpoim do ministério, Daniel de Matos mostra-se desapontado pois seria um bom começo que depois carecia de ampliação, mas afirma saber como é raro entre nós em assuntos desta ordem que as iniciativas úteis se sucedam num sentido harmónico e sistematizado. Lembra a Lei de 1889 e a colaboração do seu colega e amigo António Sena e mostra que a Faculdade de Medicina de Coimbra se empenhou quer na criação de um manicómio quer na criação da

---

[1] VIEIRA, Lopes – "Quando teremos hospital para alienados?!". Coimbra: Coimbra Médica, nº3, (1901), pp.34-36.
[2] VIEIRA, Ibidem, p.36.
[3] FONSECA, Ângelo da – "O primeiro congresso nacional de beneficência e a questão dos alienados". Coimbra: Movimento Médico, nº 20, (1905), pp. 313-315.
[4] MATOS, Daniel de – "Cursos de psiquiatria gorados. Ensino da Psiquiatria". Coimbra: Movimento Médico, nº3, (1905), pp. 33-39.

cadeira de psiquiatria. Em 1886, prossegue Daniel de Matos, fora encarregado em conjunto com Luís Pereira da Costa, de formular uma representação para ser pedido ao Governo, com base em propostas de Lopes Vieira, Augusto Rocha e do próprio Daniel de Matos, a instalação de um hospital de alienados, ou provisoriamente adaptar um edifício do Estado, e que fosse criada a cadeira de psiquiatria. E já em 1882 num projecto de reforma enviado ao governo constava a criação da cadeira de Neurologia e Psiquiatria. Daniel de Matos critica a grande indiferença dos ministros do reino pelos assuntos da instrução; "… pedem consultas e nomeiam comissões, mas não seguem os pareceres, e quando o chegam a fazer gastam as economias noutras instruções que não ilustram, mas que lhes são necessárias para a sua conservação no poder"[1]. Chegou a nomear-se uma comissão que iniciou diligncias para encontrar um local apropriado, mas foram passando anos e os Governos não mais trataram do assunto. Termina dizendo que o curso de psiquiatria não será criado enquanto não houver um hospital de alienados, e que a Faculdade de Medicina não tem responsabilidade nesta anomalia. Miguel Bombarda refere-se a Daniel de Matos em "A psiquiatria em Coimbra"[2], considerando que atendendo à situação calamitosa existente em Portugal, acha aceitável que se faça uma instalação com 15 a 20 camas, numa sala ou numa barraca que se construísse na vizinhança do hospital, pois seria um ganho onde não havia nada.

A partir de 1910, António de Pádua dá início a uma intervenção nas páginas do *Movimento Medico* sobre a questão assistencial inicialmente pouco antes da República, mas principalmente depois. Em "Assunto urgente"[3] vai falar do projecto de lei que Bombarda apresentara que aplaude, lembra o que se passou com a Lei Sena, e apenas discorda de que, como Sena, Bombarda coloque a construção do Hospital prévia ao ensino da psiquiatria, pois acha que a nomeação imediata dum professor de psiquiatria impunha a este a obrigação de pleitear pelo estabelecimento de meios manicomiais necessários[4], para tornar o ensino satisfatório e digno, apoiado pela Faculdade de Medicina. Apenas sugere que o projecto talvez pudesse definir de modo mais seguro e tranquilizador para a sociedade a sequestração de alienados criminosos pelo critério da temibilidade, fixado por peritos médicos. Vários textos de António de Pádua surgem em 1911 na mesma revista sobre manicómios ou asilos e a Faculdade de Medicina dirigiu ao Ministro do Interior um pedido de cedência do edifício que fora ocupado pelo Real Colégio Ursulino, agora na posse do Estado, para estabelecer um

[1] MATOS, Daniel de, Ibidem, p.37.
[2] BOMBARDA, Miguel – "A psiquiatria em Coimbra". A Medicina Contemporanea, nº27, (1905), pp. 209-211.
[3] PÁDUA, A. – "Assunto urgente". Movimento Medico, nº 7, (1910), pp. 103-107.
[4] PÁDUA, A., Ibidem, p.105.

serviço de hospitalização e correspondente clinica para o ensino da psiquiatria, com data de 10 de Fevereiro de 1911[1]. Em Julho de 1912, com o título Manicómio-Sena, a Faculdade remete ao Governo uma representação em que informa haver nas proximidades de Santo António dos Olivais terreno apropriado para a construção, e o Diário do Governo de Agosto[2] nomeia os professores Filomeno da Camara, Daniel de Matos e António de Pádua para juntamente com o director das obras publicas do distrito escolherem o terreno adaptável ao fim em vista. O ensino era efectuado normalmente por António de Pádua[3], com doentes de varias enfermarias médicas, cirúrgicas, da neurologia, e de outras especialidades, e na revista registam-se diversos exames médico-legais psiquiátricos por ele realizados. Em 1913, o Conselho da Faculdade de Medicina dirigiu ao Reitor da Universidade ofício[4] em que expressa que "as actuais condições económicas da Universidade, não permitem a realização imediata de empreendimentos indispensáveis, mas que só com o auxílio do Estado se podem efectuar e que nesta ocasião me limito a enumerar: o Manicómio Senna"[5].

[1] "Faculdade de Medicina". Movimento Médico, nº4, (1911), pp. 57-59.
[2] "Manicómio Senna" – Movimento Médico, nº16, (1912), pp. 250-251.
[3] "Hospitais da Universidade. Clinica psiquiátrica. Prof. António de Pádua. Relação dos doentes apresentados aos alunos durante as lições do semestre de verão, na cadeira de clinica psiquiátrica, no ano lectivo de 1911 a 1912". Coimbra: Movimento Medico, nº18 (1912), pp. 273-274.
[4] "Faculdade de Medicina de Coimbra" – Movimento Médico, nº24, (1913), pp. 372-373.
[5] Ibidem, pp. 372-373. A restante história do Manicómio Senna é a de uma aspiração periodicamente mencionada e sistematicamente adiada até ao início da década de 1940. A rede hospitalar psiquiátrica só se completaria nas duas décadas seguintes.

3. PROTAGONISTAS

3.1. ANTÓNIO MARIA DE SENA (1845-1890), a primeira etapa científica

Nascido em Seia em Janeiro de 1845, de uma modesta família de lavradores, cursou por influência dos pais o Seminário de Coimbra e depois a Faculdade de Teologia, na qual se bacharelou em 1867. No mesmo ano matriculou-se nos preparatórios médicos, cursando matemática e filosofia. Matriculou-se em Medicina em 1870, dando simultaneamente aulas particulares de matemática e geometria, para angariar o seu sustento e ajudar a família. Licenciou-se e doutorou-se em 1876. Interessou-se especialmente pela Fisiologia, com uma grande admiração pelo seu mestre Costa Simões a quem sucedeu em 1877, como professor substituto de Histologia e Fisiologia Geral[1]. Foi o primeiro Director do Hospital do Conde de Ferreira, inaugurado em 1883 no Porto e autor do Regulamento do Hospital de Alienados, protagonizando a formação do primeiro núcleo importante de psiquiatras em Portugal, com Júlio de Matos e Magalhães Lemos. Em 1889 deu um importante contributo para um projeto-lei de reforma do serviço de alienados, conhecido como Lei Sena, que criaria novos estabelecimentos, enfermarias anexas às penitenciárias centrais e um fundo de beneficência pública para os doentes. A sua obra e actividade comprovam que foi o primeiro grande protagonista da luta pela institucionalização da Psiquiatria em Portugal, a partir de princípios científicos e humanitários. Faleceu em Outubro de 1890 na Granja, de nefrite crónica, tendo sido tratado por Daniel de Matos e Sousa Martins.

É possível traçar uma linha evolutiva das suas ideias psiquiátricas gerais, a partir da releitura de alguns dos seus trabalhos. Em 1876 publica o volume *Teses de Medicina teórica e prática*[2] que são um conjunto de proposições sobre questões fisiológicas, clínicas, psicopatológicas e sociais, reveladoras de alguns dos seus interesses onde escreve por exemplo: "O delírio que se manifesta nas moléstias agudas é um sintoma de valor semiótico indeterminado; A hereditariedade mórbida, provável ou demonstrada, não deve ser impedimento legal do matrimónio; O celibato é prejudicial ao indivíduo e à sociedade; A prostituição devia ser

---

[1] RODRIGUES, Manuel Augusto. - Memoria Professorum Universitatis Conimbrigensis (1772-1937). Vol.II. Arquivo da Universidade de Coimbra. Coimbra, 1992.
[2] SENNA, António Maria de – Teses de Medicina teórica e pratica. Coimbra: Imprensa da Universidade,1876.

considerada um crime nas nossas leis penais"[1]. No mesmo ano publica ainda *Análise espectral do sangue* [2] e *Delírio nas moléstias aguda*[3]. A primeira destas obras é um trabalho experimental, onde na introdução cita significativamente Bichat "…dissecar em Anatomia, fazer experiencias em Fisiologia, seguir os doentes e abrir os cadáveres em Medicina, é a tripla via, fora da qual não pode haver anatomista, fisiologista, nem Medicina"[4]. Refere-se criticamente à "educação científica viciada pelas ideias filosóficas da época e que deixando o árduo trabalho da conquista dos fundamentos da ciência aos menos ousados na explicação de tudo, arquitectavam sobre terreno movediço, edifício que caía aos primeiros ataques; mas a reforma operou-se e hoje na maior parte das escolas médicas das nações civilizadas cultiva-se a ciência com a feição organicista que lhe imprimiram aqueles esforços"[5]. Faz referência ao professor Costa Simões, que reformou o ensino da Anatomia e Fisiologia Geral e agradece ao colega e amigo Daniel de Matos que o acompanhou na maior parte do trabalho experimental. No *Delírio nas moléstias agudas* que dedica aos colegas e amigos Daniel de Matos, Joaquim António da Silva Sereno, Joaquim Urbano da Costa Ribeiro e José Augusto da Silva Peixoto, começa por definir delírio, etimologicamente, como "desvio do reto caminho"[6], fazendo depois uma divisão em delírio nas sensações (ilusões, alucinações), concepções delirantes e delírio nos actos[7] (limitado à vontade, sem ilusões ou alucinações). No delírio violento ou completo, haveria perturbação simultânea na sensação, pensamento e vontade, referenciando Baillarger e Esquirol[8]. Aborda seguidamente as moléstias agudas em que se manifesta o delírio. Haveria dois grupos, no primeiro inclui encefalites, meningites, congestão cerebral e anemia cerebral de diversas origens. No segundo, mais numeroso, inclui outras doenças febris, infecções purulentas, febre tifoide, febres eruptivas (varíola, escarlatina, febres intermitentes simples ou perniciosas), certos envenenamentos agudos, referindo ainda as intoxicações alcoólicas ou por opiáceos. Surgem referências importantes a Griesinger e ao seu

---

[1] SENNA, António Maria de – Teses de Medicina teórica e pratica. Coimbra: Imprensa da Universidade,1876.

[2] SENNA, António Maria de – Analyse espectral do sangue. Dissertação inaugural.Coimbra: Imprensa da Universidade, 1876.

[3] SENNA, António Maria de – Delirio nas molestias agudas. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1876. – Dissertação de concurso.

[4] SENNA, António Maria de – Analyse espectral do sangue. Dissertação inaugural.Coimbra: Imprensa da Universidade, 1876. p. IX.

[5] Idem, Ibidem, p. XII-XIII.

[6]SENNA, António Maria de – Delirio nas molestias agudas. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1876. p. 13.

[7] Idem, Ibidem, p. 14.

[8] Baillarger e Esquirol, foram alienistas e tratadistas franceses reputados, autores de importantes trabalhos sobre alucinações. Esquirol é autor do livro "Des Maladies Mentales considérées sous les rapports médical hygiénique et médico-legal". 2 vol. Bruxelles: Librairie de la Faculté de Médicine de Bruxelles, 1838. Sobre Baillarger, ver BERRIOS, G. – Hommage à Jules Baillarger (1809-1891). In MASSON, M. – 24 Textes Fondateurs de la Psychiatrie. Paris: Armand Colin, 2013. pp. 21-34.

Tratado das Doenças Mentais[1] e a Prosper Despine[2] que consideravam a Loucura um efeito da actividade anómala do cérebro. E cita Despine: "por que estranha aberração, quando se acredita numa alma imortal, puro espírito, a supõem susceptivel de alteração na sua essência, assimilando-a à matéria?"[3] afirmando que a opinião que atribui a alienação mental a uma doença do espírito, foi imaginada pelos ultra-espiritualistas. Sena tenta sempre dar explicações fisiológicas para os estados alterados que analisa. Esta visão fisiológica apoia-se em Luys[4] e num livro muito citado de 1800, "Recherches physiologiques sur la vie et la mort" de Bichat[5]. Na parte final sobre diagnóstico e prognóstico conclui que o delírio é em geral de mau prognóstico. É grave em muitas doenças, mas também pode aparecer como epifenómeno de pequena importância, dependente de causas predisponentes de pouca gravidade, ou de causas morais passageiras, não tendo então valor semiótico que justifique um prognóstico grave. Por indicação de Costa Simões[6], em 1878 e 1879, Sena efectuou viagens de estudo trabalhando nos Laboratórios de fisiologia e histologia do sistema nervoso com Marey, François-Franck e Ranvier em Paris, onde seguiu os cursos de Brown-Séquard, Jaccoud e Charcot. Depois trabalhou em Zurique, Leipzig, Berlim e Viena, com Huguenin, Gudden, Meynert, Hess, His, Du Bois-Reymond. Publica os relatórios dessas viagens científicas[7], mostrando especial entusiasmo pela estadia em Munique, onde fez um curso de doenças mentais no Hospital de Alienados dirigido por Gudden, acompanhando o curso com lições sobre a anatomia do sistema nervoso. Encomendou em Viena o micrótomo de Gudden, pois Costa Simões informou-o que o seu gabinete de microscopia da Faculdade podia adquiri-lo. Gudden ensinou-o a trabalhar com os micrótomos, método de análise anatómica precioso para o conhecimento da estrutura dos centros nervosos. Em Viena achou as melhores condições

[1] Cita a edição francesa. GRIESINGER, W. – Mental Pathology and Therapeutics. New York: William Wood and Company. 1882.
[2] Citação de DESPINE, P – De la Folie au point de vue philosophique au plus spécialement psychologique.Paris: Savy, 1875; Ver SENNA, António Maria de – Delirio nas molestias agudas. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1876. p.43.
[3] Idem,ibidem, p. 43.
[4] Citação de LUYS, J., autor de um livro sobre o cérebro e as suas funções. Le Cerveau et ses fonctions. Paris: Baillière, 1876; Ver Senna,Ibidem, pp.46-47.
[5] Autor a quem se deve a ideia de que a lesão anatómica era o fundamento da patologia e da clínica. Ver LAIN ENTRALGO, P. – Clásicos de La Medicina. Bichat. Madrid: Ed. Centauro, 1946.
[6] Costa Simões foi figura brilhante e muito influente da Medicina portuguesa. Professor de Fisiologia em Coimbra, impulsionou a ida de Sena para viagens e estágios científicos no estrangeiro. Anota Barahona Fernandes que a Fisiologia era na altura o campo de estudos médicos que mais despertava interesse pelo sistema nervoso, e por razões especulativas, pela psiquiatria, então totalmente divorciada da restante patologia. ("O Professor Sena e o problema da Assistência Psiquiátrica". Separata da Revista Amatus Lusitanus, 1945). É significativo que tivessem sido professores de Fisiologia, António Senna, Miguel Bombarda, e António de Pádua.
[7] SENNA, Antonio Maria de – " Viagens Scientificas – Relatórios I, II e III". Coimbra: Estudos Médicos, nº17, nº18; (1878 - 1880), pp. 157-161; pp.199-203; pp. 2-16.

para o estudo. Inscreveu-se na Faculdade para seguir as lições de Meynert de clinica de doenças mentais e de anatomia do cérebro. Considerou que as lições e demonstrações de Meynert[1] eram do maior valor e muito mais instrutivas que as de Charcot. Sena, na revista *Estudos Médicos*[2], escreve uma importante nota dizendo que "o nome de Portugal não estava vinculado aos progressos da Medicina se não entrasse no caminho da observação e da experiencia"[3]. A propósito do método positivo, Sena considerava a sua influência capital no progresso das ciências, evidenciando os "inconvenientes, tanto dos "a priori" da metafísica, como das deduções e sínteses antecipadas da moderna filosofia monística de Haeckel"[4]. Em 1884 e 1885 é publicada a sua obra mais importante *Os Alienados em Portugal* (I volume, 1884; II volume, 1885)[5]. Obra indispensável para o estudo do tema, é de facto o primeiro grande estudo histórico, assistencial, estatístico, administrativo e social. A primeira consideração logo na introdução é que a alienação mental faz parte da história natural do homem, sendo por isso um capítulo importante da antropologia. "… O homem representa no mundo orgânico o produto mais perfeito que até ao presente tem saído das operações cósmicas… Neste trabalho silencioso, contínuo e complexo das operações vitais, de par com actos orgânicos, destinados à conservação e aperfeiçoamento dos tipos criados, executam-se outros, anormais, verdadeiros expoentes, indicadores de adaptações impróprias, que a vida encontrou em gerações passadas, com os quais se caracterizam formas orgânicas defeituosas que tendem a desaparecer, na luta pela existência, em face dos produtos perfeitos, sadios e nobres, embriões de gerações futuras mais adiantadas"[6]. E depois acrescenta "…um alienado é, em geral, um tipo orgânico gerado lentamente, à custa de modificações, que vão transformando sucessivamente os elementos de uma série genealógica. Neste movimento regressivo geram-se produtos variadíssimos, duma certa fixidez, com faculdades procreativas, podendo, por este facto, dar uma certa fisionomia às famílias, povoações e raças"[7]. De acordo com Maudsley, Sena chama à primeira fase deste processo desumanização e sendo ainda

---

[1] Sabe-se a importância que nesta altura tinham as orientações neuroanatómicas e neurofisiológicas. Meynert era um desses estudiosos que tentava dar à Psiquiatria o carácter de disciplina científica. Apesar de exageros e especulações esta corrente de pensamento, prolongou-se na psiquiatria alemã quase até aos nossos dias com Bonhoeffer, Kleist e Karl Leonhard. Curiosamente, Freud foi aluno de Meynert em 1883.

[2] SENNA, António Maria de – Estudos Médicos, nº1, Março 1878. Senna foi fundador deste jornal e presidente da Comissão de Redacção em 1878.

[3] Idem, Ibidem, nota de abertura.

[4] Idem, Ibidem.

[5] SENNA, António Maria de – Os Alienados em Portugal I. História e Estatística, Lisboa: A Medicina Contemporanea, 1884; II. Hospital do Conde de Ferreira. Porto: Imprensa Portuguesa, 1885.

[6] Idem, Ibidem,1884. p. V.

[7] Referências de teor evolucionista. Ver Senna Ibidem 1884. pp.V-VI.

pouco nítidas as variáveis desumanizadas, …com excentricidades no pensamento, no sentir e na conduta e desequilíbrio psicológico causado por acidentes irrelevantes, mas que numa geração mais adiantada pode exprimir o síndrome clinico duma variedade patológica definida; nestes casos já se poderá falar de temperamento vesânico, embriões das formas hereditárias de loucura, que são notados pela sociedade que os considera estranhos e singulares. Mais tarde surgem as nevroses a acentuar a regressão. A epilepsia, a histeria, a coreia, a catalepsia e nevralgias diversas já são quadros mais compostos onde às excentricidades se ligam desordens motoras e sensitivas traduzindo numa fase mais adiantada, matéria-prima da maior parte dos alienados. A higiene e a terapêutica podem modificar os desequilibrados, mas a não acontecer, pode surgir o silêncio, mais ou menos completo das aptidões, constituindo-se a demência[1]. A hereditariedade seria assim uma força criadora e destruidora, mas protectora da vida colectiva. Os descendentes de famílias degeneradas vão degenerando sucessivamente, mediante regressão contínua, com as formas simples e modificáveis dando lugar às mais complexas e fatais. "O termo último desta serie é a idiotia estéril e daí não passa, está salva a espécie dos prejuízos que podia causar-lhe a família degenerada"[2]. Sena aceita a divisão das formas de alienação em hereditárias e adquiridas, mas considera que grande parte tem antecedentes ancestrais, bastando nos indivíduos predispostos causas de pequena importância. Já quanto aos casos de loucura adquirida, acidental, só na presença de causas poderosas, em intensidade ou duração, se pode explicar a desordem constituída. Em termos históricos, Sena afirma que a medicina psíquica ou psiquiatria considerava na época hipocrática que doenças mentais eram equivalentes de doenças cerebrais. Esta concepção hipocrática e galénica servia de alicerce seguro e verdadeiro ao edifício da psiquiatria, foi substituído pelas doutrinas nebulosas dos escolásticos e dos padres, e que consideravam os alienados como possessos do diabo, bruxos e feiticeiros[3], e com o advento do Cristianismo ter-se-ia consolidado esta doutrina. Para ele, só com o movimento científico dos fins do século XVIII se reviveu a concepção hipocrática e galénica que explicava a loucura exclusivamente por lesões cerebrais. É nesta doutrina, depurada da hipótese dos humores, que pensa assentar a definitiva fundação da psiquiatria ao fechar do seculo XVIII e durante o XIX, tendo o movimento assistencial aos alienados melhorado progressivamente. Considera ainda que se deve à escola somática, criando a anatomia patológica da alienação mental e mostrando no alienado lacunas

[1] SENNA, António Maria de – Os Alienados em Portugal I, introdução, 1884. pp.VI-VII.
[2] De acordo com o evolucionismo de Herbert Spencer, enuncia-se aqui a teoria da dissolução das funções nervosas e mentais, inversa da sua evolução. Ver Senna, 1884. pp. VII.
[3] SENNA, António Maria de – Os Alienados em Portugal I, introdução,1884. pp. IX.

fisiológicas e a correlação estreita das alterações psíquicas com sintomas físicos, a abertura de um período mais positivo para a psiquiatria[1]. Lamenta depois que Portugal ainda não tenha ensino oficial da patologia mental, ao contrário da maior parte dos países. Finalmente o autor aborda o tema da fisiologia social, que é mais complexa, mas as leis seriam as mesmas, tendo a tolerância religiosa e política, que vai crescendo também, uma razão fisiológica e estabelece paralelismo entre a tolerância para com os alienados, a maior docilidade das leis penais e que futuramente talvez se estenda aos criminosos a proteção que a ciência já ganhou para os alienados[2]. A psiquiatria possibilitaria a compreensão histórica mostrando como se devem interpretar certas personalidades importantes, apresentando ao lado de capacidades surpreendentes, a coexistência de perturbações psíquicas e permitindo assim dar uma explicação natural dos factos sobrenaturais. A própria compreensão do estado mental dum povo nas diferentes épocas da sua história acha materiais preciosos no estudo da psiquiatria, considerando que os processos modernos de estudar a história já partem do princípio de que "um povo é um organismo, com a sua evolução natural, acidentada pelas condições da vida"[3]. É no entanto imprescindível "estabelecer preceitos reguladores das condições de existência da população degenerada, para a impedir de perturbar as condições sociais da população válida e proporcionar-lhe a proteção de que necessita para amaciar, na medida possível, sua existência miserável e dolorosa"[4]. Ora se a alienação mental é uma das doenças que mais facilmente se transmitem por herança, saliente-se a importância do conhecimento da etiologia da loucura para o estabelecimento de regras positivas de profilaxia, "pois um povo que deseja conservar-se e progredir, fará por evitar a procriação dos alienados ou predispostos"[5]. O trabalho descreve depois a situação dos alienados antes de 1848 e depois desta data, com a organização do Hospital de Rilhafoles e finalmente sobre a situação dos alienados no seu tempo, abrangendo não só Rilhafoles, mas também a sua situação nos hospitais gerais, nas casas de saúde e nas cadeias. Depois fala sobre a legislação terminando com a estatística. A sua publicação por *A Medicina Contemporânea* dá também a conhecer a situação indigna existente em Rilhafoles, funcionando como denúncia que se repercutiu na imprensa e em debates nomeadamente na Sociedade das Ciências Medicas de Lisboa. O segundo volume da

[1] SENNA, António Maria de – Os Alienados em Portugal I, introdução, p. XII.
[2] Idem, Ibidem, p. XIV.
[3] A perspectiva biológica da sociedade, encarada como um organismo, é aqui enunciada, p. XIV.
[4] SENNA, António Maria de – Os Alienados em Portugal I, introdução, pp. XVIII.
[5] Idem, Ibidem, Introdução, p. XVIII.

obra, consagrado ao Hospital do Conde de Ferreira[1] foi publicado no ano seguinte e é um relatório circunstanciado e quase enciclopédico sobre o tema, descrevendo vestuário, mobiliário, instalações sanitárias, esgotos, ventilação, aquecimento, iluminação, lavandaria até questões organizativas, científicas, regulamentares e estatísticas[2]. Depois de uma introdução e descrição do estabelecimento aborda os serviços gerais onde inclui o laboratório de antropologia, a casa mortuária e gabinete de estudos, instrumentos de microscopia, dissecção, autópsias e fisiologia experimental. Depois e no capítulo seguinte sobre o Regulamento, com organização do serviço, das admissões, saídas e altas, serviço religioso, diferentes ramos de serviço clínico, polícia geral do estabelecimento, gratificações e penas aos empregados e regime alimentar. Facto importante e salientado é a hierarquia do estabelecimento, onde as directivas médicas deviam prevalecer sempre[3]. O autor tinha ainda a intenção de publicar um terceiro volume, conforme escreve no prefácio, onde esboçaria um projecto de providências legislativas neste ramo de beneficência pública, dada a manifesta "insuficiência da proteção em que até esta data está organizada a sociedade, em benefício dos seus membros mais desventurados"[4].

A publicação do *Relatório do Serviço Médico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira, relativo ao primeiro biénio (1883-1885)* no Porto em 1887[5], reveste-se de grande importância porque passa em revista os dois primeiros anos de actividade, quer do serviço médico, quer do administrativo e a apreciação do balanço económico do estabelecimento. No serviço médico é muito importante o primeiro capítulo onde discute a estatística nosográfica e adopta uma classificação e nos capítulos seguintes analisa os tratamentos e resultados obtidos, seguido da situação dos alienados na sociedade portuguesa e um capítulo dedicado a casos clínicos e trabalhos originais pelos seus colaboradores Júlio de Matos, Joaquim Urbano, Lemos Peixoto e Magalhães Lemos. Na introdução, Sena volta a enfatizar a sua visão do fenómeno loucura, de tom claramente evolucionista "a loucura, no maior numero de casos, é antes uma nota de decadência orgânica do que uma doença acidental, passageira. Regra geral, denuncia o desaparecimento próximo duma família. Os membros dela, afectados de loucura,

[1] SENNA, António Maria de – Os Alienados em Portugal II. Hospital do Conde de Ferreira. Porto: Imprensa Portuguesa, 1885.
[2] Tratava-se da organização de uma micro-sociedade cuja boa organização se considerava indispensável.
[3] Na recensão da obra F. A. Rodrigues de Gusmão, considera-a "obra de ciência e consciência", devendo servir como paradigma aos que escrevessem sobre assuntos análogos. GUSMÃO, F.R. – A Medicina Contemporanea, nº37 (1885), pp.295-297.
[4] SENNA, António Maria de – Os Alienados em Portugal II. Hospital do Conde de Ferreira. Porto: Imprensa Portuguesa, 1885. Prefácio, p.VII.
[5] SENNA, António Maria de – Relatório do Serviço Médico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira relativo ao primeiro biennio (1883-1885). Porto: Typographia Occidental, 1887.

são ramos secos duma árvore de cujo tronco poucos botões viçosos poderão rebentar no futuro[1]". Magalhães Lemos escreve uma desenvolvida nota sobre a organização do serviço médico nos asilos de alienados de Paris e sobre os cursos de Patologia Mental a que assistiu, com grande destaque para V. Magnan[2] a que chama o verdadeiro Mestre da psiquiatria francesa[3].

Quanto à estatística nosográfica, Sena afirma que a medicina mental não tem por enquanto base segura para uma classificação clara, exacta e estável, só podendo aceitar-se uma classificação provisória. Reafirma que a loucura é uma doença que se exprime principalmente por um estado vicioso do espírito, em regra duma certa permanência, consistindo em perturbações da inteligência, mudança nos sentimentos e nos actos, factos que tornam o individuo afectado muito diferente do que era por sua natureza, educação e hábitos e que dependem dum "trabalho mórbido do cérebro, primitivo ou secundário, ou de desordens em qualquer repartição do corpo, donde se exportam impressões desusadas, que vão ser matéria-prima de pensamentos, afectos e actos, em nada relacionados com as condições do meio"[4]. Só quando a ciência possuir dados positivos sobre cada um destes elementos poderá formar-se um quadro em que apareçam agrupadas pelo método natural as diferentes variedades desta doença, e assim na actual fase havia necessidade de agrupar com base nos elementos mais conhecidos, fazendo classificações artificiais, imperfeitas, tais como o foram as da mesma índole, propostas em outros ramos das ciências da natureza. Acrescenta que "a etiologia, a anatomia patológica e a sintomatologia têm dado fundamento a classificações denominadas por isso etiológicas, anatómicas e sintomáticas ou clínicas"[5]. Seguidamente, afirma ter decidido adoptar na classificação dos seus doentes a classificação de Krafft – Ebing[6], pois considera que nela estão condensadas as noções apuradas pelo trabalho das escolas francesas, inglesa e alemã durante o século XIX e fins do século XVIII. Procurando aprofundar o tema reconhece que a base anatómica é insuficiente por não conhecermos as alterações que são

[1] SENNA, António Maria de – Relatório do Serviço Médico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira relativo ao primeiro biennio (1883-1885). Introdução, p. XIV.
[2] LEMOS, A. Magalhães – "Nota sobre a organização do Serviço Médico dos asilos de alienados de Paris". In Relatório do Serviço Médico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira relativo ao primeiro biennio (1883-1885). p. 215. Valentin Magnan foi um dos mais importantes alienistas dos finais do Séc. XIX, influente na psiquiatria portuguesa. Ver MAGNAN, Valentin - Leçons cliniques sur les maladies mentales faites à l'asile clinique (Sainte-Anne). Paris: F. Alcan,1897.
[3] Idem, Ibidem, pp. 203-219.
[4] SENNA, António Maria de – Relatório do Serviço Médico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira relativo ao primeiro biennio (1883-1885). p. 11.
[5] Idem, Ibidem, p.11.
[6] Outro importante alienista, muito influente em Portugal. Sobre este assunto ver o capítulo sobre as doenças. KRAFFT-EBING, R.- Traité Clinique de Psychiatrie. Paris: A. Maloine, 1897.

fundamento da expressão clínica e o elemento etiológico valorizado por Morel[1] era insuficiente para a constituição dum quadro nosografico completo, como o próprio Morel reconhece, dada a frequente acção comum de uma multiplicidade de causas. Nas *Psiconeuroses* haveria coincidência de uma predisposição temporária, como uma doença física grave, com causas ocasionais importantes. A tendência seria para a cura, com recidivas raras, pouca tendência para transmissão aos descendentes ou formas benignas. Pelo contrário, as *Degenerescências Psíquicas* seriam doenças constitucionais, denunciando desde muito cedo uma constituição neuropática; as causas ocasionais simples, como as fisiológicas da vida, chegariam para determinar a doença. A disposição patológica, a maior parte das vezes hereditária ou derivada de lesões antigas, afectava o cérebro, sendo com frequência a doença o ultimo anel de uma cadeia de estados patológicos cada vez mais graves e intensos (irritação espinhal, histeria, hipocondria, epilepsia). Daqui se segue que haveria pouca tendência para cura, com regressão temporária, as recidivas seriam a regra e com formas cada vez mais graves. A tendência para a transmissão aos descendentes é marcada e as formas patológicas progressivamente mais graves – *degenerescência hereditária progressiva*. Apesar da preferência que António Sena dá ao método de classificação dos autores alemães, valoriza entre os autores franceses V.Magnan, cuja classificação desenvolve depois e que considera baseada na obra de Krafft-Ebing e de Schüle[2], tentando depois encontrar equivalências entre as duas classificações. António Sena no Relatório discute em pormenor a proximidade e as diferenças de opinião classificativa entre os dois alienistas, mas acha-se mais de acordo com Krafft-Ebing cujo modo de ver se ajustaria melhor com os casos da sua prática.

Torna-se evidente que é com António Maria de Sena que se inicia entre nós uma definição médica da Psiquiatria, com preocupações científicas, classificativas e debate das concepções psicopatológicas, tal como acontecia nos países europeus de referência. Critica o abandono dos alienados no Asilo de Rilhafoles e a falta de condições assistenciais em geral e a ausência do ensino oficial deste ramo da Medicina.

Neste período histórico, é no Hospital do Conde de Ferreira que se condensa o núcleo mais importante do alienismo português (Sena, Matos e Lemos), com uma dinâmica assistencial distinta que é sistematicamente contraposta a Rilhafoles e com uma actualização de perspectivas nosográficas, assistenciais e teóricas dignas de realce. Em Março de 1886

[1] MOREL, B. A. – Traité des Dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives. Paris: J. B. Baillière, 1857; MOREL, B. A. – Traité des maladies mentales. Paris: Masson, 1860.

[2] SCHÜLE, H. – Traité Clinique des Maladies Mentales. Paris: Lecrosnier et Babé, 1888.

publica-se o texto dum discurso proferido no salão nobre do Hospital do Conde de Ferreira, *Benefícios sociais do Hospital do Conde de Ferreira no 1º triénio* [1] por ocasião da inauguração do retrato do benemérito benfeitor, mostrando bem as preocupações do primeiro grande alienista português, ao apreciar os benefícios sociais (humanitários, económicos e científicos) e ao mostrar os limites desta visão humanitária, ou os limites humanitários desta visão científica. Sena chama a atenção para uma depreciação orgânica, congénita ou adquirida ser a base constante da doença. A alienação mental estava ligada na generalidade dos casos a "uma forma especial do homem, determinada por condições genésicas de vidas anteriores, ou moldada contra a natureza por influências ocorridas na vida dessa mesma forma"[2]. Essa "inferioridade antropológica faria evidenciar notas características, os estigmas físicos e psíquicos ou mentais, processo designado como degeneração humana"[3]. Daqui deriva a insociabilidade dos loucos e surgindo as qualidades mais baixas na escala das aptidões mentais, como a futilidade e o "não entrar no jogo das funções sociais, sendo em regra instintivos, agressivos, desconfiados; incapazes de se submeter a preceitos morais, tornando-se absolutamente insociáveis"[4]. Daí concluir valorizando o sossego na família e a paz nas povoações que resultavam da sequestração. Também por isso o estabelecimento era instrumento económico importante.

Por outro lado como os alienados eram capazes de procriação, surgiam pelas leis da herança, na grande maioria, produtos que eram "recrutas apurados para um novo exército de loucos, aumentando os membros degenerados na família portuguesa, o número de criminosos e o de incapazes,exigindo a continuação da tutela social"[5]. A limitação dessa procriação pela sequestração asilar era outro benefício social do estabelecimento, e "como a sociedade responde aos desatinos dos loucos com abandono, espoliações e violências, e o alienado hoje é um doente, o hospital veio dar alívio aos doentes, sossego às famílias e concorrer para o bem-estar em geral"[6]. Termina criticando a cronicidade dos defeitos do Hospital de Rilhafoles que tinha de ser reformado e enfatiza que reformado Rilhafoles, eram necessários mais asilos, legislação refundida e ampliada, e uma cultura da patologia mental que se animará com a vida científica do asilo. Lembra que a assistência médica praticada no Hospital do Conde de

[1] SENNA, António Maria de – Benefícios sociais do Hospital do Conde de Ferreira no 1º triénio. Porto: Typographia Occidenta.1886.
[2] Idem, Ibidem, p.17.
[3] Idem, Ibidem, p.18
[4] Idem, Ibidem, p.19.
[5] Idem, Ibidem, p.21.
[6] Idem, Ibidem, pp.23-24.

Ferreira foi sempre humanitária e que as épocas conservadoras de "embrutecimento e miséria das classes populares passaram de vez nos países em que a inteligência do Homem desperta livre de preconceitos e fábulas e vê com critério a importância orgânica e social do bem-estar e vigor das classes populares"[1].

Merece também uma referência *Discursos sobre o Sistema Penitenciário*[2] proferidos na Câmara dos Pares em 5 e 7 de Maio de 1888, onde Sena considera que o legislador estudou o crime sem estudar o criminoso na sua história natural. Critica o isolamento na cela, causa de mortificação orgânica e psíquica, defende penitenciárias agrícolas ou mistas que valorizariam o trabalho, e aceita a existência de três tipos de criminosos, por defeito de educação, criminosos de ocasião e criminosos-natos, onde havia marca de inferioridade do organismo. Cita *L'homme criminel*[3] de Lombroso e defende que no caso de criminosos-natos a legislação estaria desactualizada, justificando-se, não a pena de morte que repugna a uma sociedade culta, mas a sequestração indefinida, que permitia a defesa da sociedade e impedia a descendência. Quanto aos criminosos, desde que alienados, ficavam sob a proteção de uma legislação diferente da legislação penal[4].

A sua morte prematura em 1890, privou o país do primeiro alienista de formação científica o que foi generalizadamente reconhecido. Na Revista *A Medicina Contemporânea*[5], a redacção fez nas duas primeiras páginas, enlutadas, o elogio à sua vida e obra que é historiada, lembrando que o jornal editou *Os Alienados em Portugal* e que é o seu nome o primeiro que a revista vê dolorosamente desaparecer da lista dos seus dedicados colaboradores, afirmando sentir a perda que a assistência aos alienados sofrerá certamente com a morte do seu propugnador[6]. Uma curta mas sentida nota-síntese foi feita aquando do seu falecimento, em

---

[1]Idem, Ibidem, pp. 27-28.

[2] SENNA, António Maria de – Discursos sobre o Systema Penitenciario. S. Paulo: Teixeira e Irmãos Editores, 1889. Além do Regulamento do Hospital do Conde de Ferreira da sua autoria, foi eleito parlamentar num governo progressista em 1887, e defendeu um projecto de Lei apresentado pelo governo de José Luciano de Castro, conseguindo a sua aprovação (Lei Senna) em 1889.

[3] LOMBROSO, Cesare – L'Homme criminel. Étude anthropologique et medico-légale. Paris: Félix Alcan, 1887. (2ª Edição francesa).

[4] SENNA, António Maria de – Discursos sobre o Systema Penitenciario. S. Paulo: Teixeira e Irmãos Editores, 1889.

[5] "Professor Dr. Antonio Maria de Senna". Redacção A Medicina Contemporanea. A Medicina Contemporanea. Lisboa, nº42, (1890), pp.329-330.

[6] A excepção foi Augusto Rocha que em diversas ocasiões na "Coimbra Médica" mostrou vincada animosidade contra Sena, inclusivamente após o seu falecimento, dirigindo uma carta à Redacção de "A Medicina Contemporanea" em que escreve "permitam que acentue a discordância absoluta com que me separo de VV. na apreciação crítica da obra científica do professor Senna, cujo falecimento prematuro contudo sinceramente deploro". Ver: ROCHA, Augusto – Prof. A. M. de Senna. A Medicina Contemporanea, nº43, (1890), p. 337.

1890, por Júlio de Matos, na *Revista Occidente*[1] mas o estudo mais circunstanciado é de Barahona Fernandes em 1945[2]. A comparação entre os dois trabalhos, apesar da diferença no número de páginas é interessante e ilustra bem o distarem cinquenta e cinco anos: Júlio de Matos valorizando os esforços de institucionalização da psiquiatria, a obra *Os Alienados em Portugal* como livro de ciência e obra de protesto e a coragem de falar da obra de Lombroso numa assembleia adversa ao espírito científico[3]; Barahona Fernandes lembrando a importância central que tivera a fisiologia no estudo do sistema nervoso, a preocupação pela profilaxia eugénica das doenças mentais de que Sena foi pioneiro e a influência das doutrinas de Morel e dos conceitos do lamarckismo, em especial o da transmissão hereditária dos caracteres adquiridos que Senna aceitava, ou sobre a posição que mantinha em relação à organização religiosa, que Barahona considerava ser extremamente moderada[4]. Menos conhecido que outros alienistas, tem havido mesmo assim recentemente interesse pela sua obra e contexto histórico em que se insere[5].

3.2. MIGUEL AUGUSTO BOMBARDA (1851-1910), da biologia para a sociedade

Nasceu no Rio de Janeiro em 1851. Estudou Medicina na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa no período de 1872-1877. A sua dissertação inaugural apresentada em 1877, tratou o tema *Do Delírio das Perseguições*[6]. No mesmo ano concorre para a docência na Escola Médica-cirúrgica de Lisboa apresentando como dissertação de concurso o trabalho *Dos hemisférios cerebrais e suas funções psíquicas*[7]. Em 1879 é nomeado cirurgião do Hospital de S. José. No ano seguinte (1880) é admitido como Professor de Fisiologia e Anatomia Geral, na mesma Escola. Esta cadeira desdobrou-se mais tarde tendo ficado com a regência de Histologia e

---

[1] MATTOS, Júlio de – "O Dr. António Maria de Senna". Revista Occidente. Revista Illustrada de Portugal e do Estrangeiro.Vol.13,13ºAno (1890), pp. 247-250.
[2] FERNANDES, H. Barahona – "O Professor Sena e o problema da Assistência Psiquiátrica". Revista Amatus Lusitanus (Separata). Vol. IV, nº3. (1945), pp. 204-217; pp. 285-302.
[3] MATTOS, Júlio de – "O Dr. António Maria de Senna". Revista Occidente. Revista Illustrada de Portugal e do Estrangeiro.Vol.13,13ºAno (1890), pp. 247-250.
[4] FERNANDES, H. Barahona – "O Professor Sena e o problema da Assistência Psiquiátrica". Revista Amatus Lusitanus (Separata). Vol. IV, nº3. (1945), pp. 204-217; pp. 285-302.
[5] HENRIQUES, M. L. – As Concepções Materialista, Positivista e Evolucionista e a Psiquiatria Portuguesa. Coimbra: Unitas, 1966. pp. 373-415; SENNA, António Maria de – Os Alienados em Portugal. Lisboa: Ulmeiro, 2003. CARDOSO, C. M. – "António Maria de Sena: o homem e o seu tempo". In Luzes e Sombras do Alienismo em Portugal. Porto: Ed. Santa Casa da Misericórdia do Porto, 2012. pp. 21-48; PEREIRA, J. M. – "A evolução do pensamento psiquiátrico de António Maria de Sena". In Luzes e Sombras do Alienismo em Portugal. Porto: Ed. Santa Casa da Misericórdia do Porto, 2012. pp. 49-59.
[6] BOMBARDA, Miguel – Do Delirio das Perseguições. Lisboa: Lallemant Frères, Typ., 1877.
[7] BOMBARDA, Miguel – Dos hemispherios cerebrais e suas funcções psychicas. Lisboa, 1877. These de Concurso.

Fisiologia Geral[1]. Para este concurso de admissão elabora novo trabalho *Das Distrofias por Lesão Nervosa: Esboço de Patogenia*[2]. Em 1882 é nomeado Professor Catedrático destas mesmas disciplinas. Em 1892 é nomeado Director do Manicómio de Rilhafoles[3] cargo que ocupará até à sua morte em 1910. Publica *Traços de fisiologia geral e da anatomia dos tecidos* (1891)[4], pequeno livro programa para servir de guia aos alunos. Mas como enfatiza Ferreira de Mira, para Bombarda a Fisiologia Geral não era a fisiologia dos tecidos mas o agrupamento de todas as leis, de todas as condições, de todas as teorias que se referiam à vida no que ela tem de mais geral[5]. Na lição segunda do referido livro, enuncia as quatro grandes leis que regem os fenómenos do universo: Lei da transformação da matéria e sua indestrutibilidade, Lei da transformação das forças e sua indestrutibilidade, Lei da transformação histológica e da evolução individual, Lei da transformação serial ou das espécies (Bombarda,1891)[6]. Inclui sob a sua acção todos os fenómenos biológicos e também as manifestações psíquicas. Servindo-se de argumentos de ordem anatómica, fisiológica e patológica que mostram relações de dependência entre estado físico do cérebro e o estado de espírito, conclui por uma concepção mecanicista da vida, em que o pensamento, a consciência e o espírito são meras traduções do funcionamento material do cérebro, uma concepção monista do universo. Ferreira de Mira lembra ainda como M. Athias considerara que o estudo das funções psíquicas tinham levado Bombarda a formular a hipótese de que as conexões entre os elementos nervosos poderiam modificar-se, interrompendo-se ou estabelecendo-se, consoante as circunstâncias[7]. Num balanço crítico do professor de Fisiologia, acrescenta "ávido de novidades, julgava e apresentava aos alunos como aquisição definitiva tudo quanto aparecia que modificasse ou contrariasse o anteriormente estabelecido"[8]. Em 1891 em *Traços*

---

[1] COSTA, A. Celestino da – "Miguel Bombarda" [discurso aquando da inauguração do seu busto em Lisboa]. Médicos Portugueses. Lisboa. 1:4 (1925), pp. 122-142.
[2] BOMBARDA, Miguel – Das dystrophias por lesão nervosa. Esboço da pathogenia. Lisboa.1880. Dissertação de concurso.
[3] Em Rilhafoles muito mérito teve o ter preparado um pequeno gabinete para o histologista Marck Athias trabalhar e abrir um curso de técnica histológica. O domínio que Costa Simões exerceu na fisiologia portuguesa na segunda metade do século XIX, passou para Marck Athias na primeira metade do século XX. Ver: MIRA, Ferreira de - História da Fisiologia em Portugal. Lisboa: Instituto Rocha Cabral, 1954.
[4] BOMBARDA, Miguel – Traços de Physiologia Geral e de Anatomia dos Tecidos. Lisboa: Typographia da Academia Geral das Sciencia,. 1891.
[5] MIRA, M. Ferreira de – História da Fisiologia em Portugal. Lisboa: Instituto Rocha Cabral, 1954
[6] BOMBARDA, Miguel – Traços de Physiologia Geral e de Anatomia dos Tecidos. Lisboa: Typographia da Academia Real das Sciencias, 1891.
[7] Este neuronismo lembra necessariamente Egas Moniz e a sua ideia de tentar interromper certas ligações neuronais para melhorar estados mentais.
[8] Opinião similar tinha Celestino da Costa em "Miguel Bombarda" [discurso aquando da inauguração do seu busto em Lisboa]. Médicos Portugueses. Lisboa. 1:4 (1925), pp. 122-142.

de Fisiologia Geral e de Anatomia dos Tecidos[1] considera que a hipótese de Darwin é a que melhor se coaduna com a grande generalidade dos fenómenos da hereditariedade e suas numerosas leis particulares, mas considerando curiosamente que a herança das qualidades adquiridas, que achava incontestável, era inteiramente compreensível na hipótese darwiniana.

Valorizando a obra de Darwin, Bombarda é crítico da selecção natural[2], acrescentando mesmo que "as ideias lamarckianas dominam a ciência em toda a doutrina do transformismo"[3].

Esta discrepância não o afasta contudo da adesão ao monismo naturalista, proposto por Ernst Haeckel. É pois do materialismo alemão que parece estar mais próximo, com Karl Vogt, Jakob Moleschott, Ludwig Buchner[4], e também de Herbert Spencer.

A sua tese inaugural *Do delírio das perseguições*[5] indica o interesse pela psiquiatria do jovem médico, mostrando um observador e um clínico perspicaz e um conhecimento dos autores do seu tempo, nomeadamente alemães e franceses. É um pequeno livro que se aproxima da linhagem do posterior *O Delírio do Ciúme* com o mesmo estilo: a ilustração com casos da sua casuística, a citação oportuna de autores, o apontamento crítico. O delírio de perseguições é descrito por C. Lasègue (1852)[6] e mais tarde por Legrand du Saulle (1871)[7], referidos por Bombarda. Já estão presentes algumas das linhas de força das suas opiniões sobre as doenças mentais. Assim, embora reconheça que muitas das vezes as causas morais seriam o ponto de

---

[1] BOMBARDA, Miguel – Traços de Physiologia Geral e de Anatomia dos Tecidos. Lisboa: Typographia da Academia Real das Sciencias. 1891.

[2] Em 1904 num novo programa de Fisiologia Geral, na lição 29, refere que "a selecção artificial demonstra a não hereditariedade de caracteres adquiridos"…, na lição 30 .... "a corrente mais geral dos biologistas de hoje recusa decididamente a selecção natural".... "As novas Escolas, neo-lamarckismo e neo-darwinismo ...mas uma terceira escola que parece a mais científica, se firma hoje em que a variação se faz por influência do meio". BOMBARDA, Miguel – Programa de Physiologia Geral. Lisboa: A Medicina Contemporanea, nº21, (1904). Lição nº29, 30, 31, 32, pp.167-169.

[3] Na Academia Real das Ciências, na sessão de 19 de Fevereiro de 1909, Bombarda lembrou o centenário de Darwin cuja obra viera fazer o coroamento da obra científica do seculo passado iniciada por Lavoisier; a noção de transformismo viera completar a compreensão científica da mecânica do universo. A seguir afirmou que o estudo do darwinismo tem mostrado como uma grande doutrina que hoje se reduz a uma matéria de facto como é o transformismo, penetrou e se enraizou no campo científico através duma noção que hoje se reconhece falsa, a selecção natural, com o seu primordial factor, a luta pela existência. E prossegue dizendo que quase não há biologista que aceite a selecção natural como factor poderoso bastante para produzir a evolução das espécies, e também a noção da hereditariedade das qualidades adquiridas se encontra profundamente abalada, mas acrescentando que "as ideias lamarckianas dominam a ciência em toda a doutrina do transformismo". E finalizou dizendo que o grande merecimento de Darwin não foi diminuído e que a sua obra é um monumento de observação científica, cuja obra fundou definitivamente a genial doutrina da transformação das espécies. ("A Medicina Contemporanea, nº 19, (1909), pp. 70-71).

[4] Lain Entralgo considera-os representantes do *materialismo fisiológico*. LAIN ENTRALGO – Alma, Cuerpo, Persona. Barcelona: Círculo de Lectores-Galaxia Gutenberg, 1995.

[5] BOMBARDA, Miguel – Do delírio das perseguições. Lisboa: Lallemant Frères, Typ., 1877.

[6] LASÈGUE, C. – Du Délire de Persécutions. In Ècrits Psychiatriques.Toulouse: Privat, 1971. pp. 29-47. (1ª ed.1852)

[7] LEGRAND DU SAULLE, H – Le Délire de Persécutions. Paris: Plon, 1871.

partida da alienação mental, ter-se-iam dado a essas causas um predomínio exagerado[1]. Ora a anatomia patológica e a fisiologia normal tinham-se convertido no objectivo de todos os que trabalhavam no estrangeiro, devendo distinguir-se entre loucura dinâmica e loucura material. A primeira era rara, a segunda, "em que uma acção física anormal e irregular em grandeza, em sede, se exerce sobre os elementos nervosos cerebrais, são mais frequentes, aquelas que abundam nos hospitais"[2]. No caso do delírio das perseguições, esse delírio "é o produto de uma doença cerebral, consequência de lesões intersticiais ou parenquimatosas da substância cortical do cérebro que o microscópio tem encontrado quase em todas as formas de alienação mental e que, apesar de não ter sido ainda possível descobrir as suas relações para as formas consideradas, constituem todavia a causa material, visível, do estado de alienação"[3]. E remata, com o seu estilo apaixonado: "tal como a mielite, a cerebrite acabará por ser decomposta: o caminho está traçado, os obreiros em actividade e todos os dias novos resultados se juntam aos que já têm sido colhidos para a ciência"[4]. E a "hereditariedade, sendo uma das causas mais importantes das doenças mentais, a causa das causas (Trélat)[5] deve ter muita importância na etiologia do delírio das perseguições"[6]. Também acreditava que o estado da civilização condicionava o desenvolvimento da loucura, pois "o cérebro na sua evolução tornou-se um órgão mais complicado, como existe nos povos civilizados e sobretudo na raça branca; sujeito pois a perturbações mais intensas, variáveis e frequentes"[7]. Descreve muito bem a raridade das alucinações visuais nos delírios de perseguições e a sua grande frequência no delírio alcoólico com ideias de perseguição, descrevendo igualmente de forma notável os sintomas associados, referindo os importantes trabalhos de Lasègue e depois analisando os diversos tipos de alucinações. Critica finalmente a ideia do delírio das perseguições constituir uma doença do espírito, dando a esta palavra o sentido teológico, antes constituindo a concepção delirante a alucinação da inteligência[8], para reforçar a ideia de um compromisso de lesão material cerebral.

---

[1] BOMBARDA, Miguel – Do delírio das perseguições. Lisboa: Lallemant Frères, Typ., 1877. p. 28.
[2] Idem,Ibidem, p. 32.
[3] Idem, Ibidem, p. 32.
[4] Idem, Ibidem, p. 35.
[5] Referencia a Ulysse Trélat que usou a frase, em Recherches historiques sur la folie, de 1827, mas é mais conhecido por ser autor de La Folie Lucide, de 1861.Ver POSTEL, J., QUÉTEL, – Nouvelle Histoire de la Psychiatrie. Toulouse: Privat, 1983. pp. 723-724.
[6] BOMBARDA, Miguel – Do delírio das perseguições. Lisboa: Lallemant Frères, Typ. 1877. p. 35.
[7] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, p. 37.
[8] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, p. 60.

Em 1894 o autor publica *Contribuição para o estudo dos microcéfalos* [1] que é também baseado na sua casuística. Aqui o autor leva a cabo um estudo pioneiro, entre nós, na abordagem deste tipo de malformações, estudando em termos anátomo-patológicos, psicológicos e antropológicos, diversos casos de microcefalia, concluindo pelo carácter patológico da microcefalia – "estados de degenerescência herdados ou adquiridos, com alterações teratológicas, ou resíduos de doenças cerebrais intra ou extra-uterinas"[2]. Reconhecendo o papel da hereditariedade e valorizando os estigmas, critica no entanto o atavismo, teoria a que C. Vogt atribuía um carácter de regressão simiana à microcefalia[3], entre outras doenças, opondo-lhe pelo contrário um significado patológico degenerativo, mas dentro dos quadros embriológicos exclusivamente humanos. É claro que Bombarda não ultrapassa a visão estritamente organicista, mas conclui que é insustentável a tese da regressão atávica, considerando impossível qualquer analogia entre microcéfalos e antropoides[4]e cito: "O estado cerebral do microcéfalo é um estado patológico e não um simples retrocesso"[5]. Em 1896 publica *Lições sobre a epilepsia e as pseudo-epilepsias*[6].Esta obra foi por alguns considerada a mais importante no âmbito clínico, mas a concepção moderna da epilepsia afastou-se das ideias de Bombarda, que usava uma teoria explicativa global da doença mental ao abordar os doentes epilépticos e significativamente não apresentava no livro estudos clínicos dos seus casos. O seu maior interesse talvez seja o de ser o livro-chave de Bombarda sobre a teoria da degenerescência. O tom é dado logo de início "A epilepsia legítima, a verdadeira epilepsia é uma degenerescência…o que quer dizer uma anomalia, principalmente cerebral, e o epiléptico é um perigo para a sociedade"[7]. Fala também de epilepsias secundárias a outras afecções que são para Bombarda pseudo-epilepsias, ou epilepsia-sintoma, dando exemplo de variados casos de epilepsias secundárias a infecções, a tóxicos e outras doenças cerebrais. É curioso que o autor comece por dizer que o livro tenta ser a reabilitação da epilepsia, mas de facto a proposta de reabilitação talvez resulte no contrário[8],acabando por

[1] BOMBARDA, Miguel – Contribuição para o estudo dos microcephalos. Lisboa: Typ. Da Academia Real das Sciencias, 1894.
[2] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, p. 160.
[3] C. Vogt publicara em 1867 em Genebra, uma memória sobre os microcéfalos ou homens-macacos. Ver a tese de Ernesto Roma: ROMA, E. – A Microcephalia. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1913.
[4] BOMBARDA, Miguel – Contribuição para o estudo dos microcephalos, 1894. p.147.
[5] BOMBARDA, Miguel – Microcephalia. (Conferência na Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa). A Medicina Contemporanea, nº23 (1892), pp. 177-185.
[6] BOMBARDA, Miguel – Lições sobre a Epilepsia e as Pseudo-Epilepsias. Lisboa: Livraria de António Maria Pereira Editor, 1896.
[7] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, pp. 1-17.
[8]HENRIQUES, M. L. – As Concepções Materialista, Positivista e Evolucionista e a Psiquiatria Portuguesa.Coimbra: Unitas, 1966. pp. 249-250.

tecer toda uma teoria psiquiátrica e criminológica à volta da *epilepsia-degenerescência* em que várias senão quase todas as doenças mentais, são tomadas à conta de estigmas, que podiam ser físicos, nervosos, psíquicos, e sociais, chegando à ideia de estigmas/doenças[1], como a histeria, a epilepsia, a loucura moral e o idiotismo. A teoria da degenerescência, cuja formulação primeira surge em 1857 por Morel[2], é definida como transformação patológica atingindo o homem perfeito tal como foi criado, ou um tipo primitivo de que a história natural da humanidade se afasta progressivamente. São desvios negativos deste tipo primitivo que progridem de geração em geração, até à extinção da espécie. Colocando no mesmo plano causas físicas e morais e apontando para o sistema nervoso como o sistema alvo por excelência, Morel descreve causas físicas e morais, individuais e gerais e enfatizando a noção de predisposição, pelo peso que tinha a influência hereditária e o facto de diversos estados degenerativos poderem interferir reciprocamente na transmissão hereditária. As loucuras hereditárias tornaram-se assim um grupo de enorme dimensão. É Magnan[3] quem mais tarde irá reconceptualizar a teoria da degenerescência, reflectindo já a influência da obra de Darwin entretanto publicada. As degenerescências não seriam desvios de um tipo primitivo ideal, mas desenvolvimentos deficitários postos em marcha por factores degenerativos inibidores do desenvolvimento em distintas etapas da evolução humana, que avançam de geração em geração. O desequilíbrio mental corresponderia a um determinado grau de degenerescência. Ora a incorporação da teoria da evolução leva a um relacionamento dos estigmas com aspectos característicos de etapas evolutivas anteriores. Bombarda aceita a importância do livro de Morel, mas critica a ideia de um tipo primitivo criado, condensando o ideal humano e sujeito a acções nocivas que lhe imprimissem desvios sucessivamente crescentes, o que era algo "incompatível com a ciência, pois progressos científicos e círculos teológicos são coisas inconciliáveis"[4]. Para Bombarda, foram mais tarde Schüle e Krafft-Ebing na Alemanha e Magnan na França os autores que efectuaram a síntese elevada, unitária e científica que verdadeiramente actualizou a obra de Morel, ficando a degenerescência humana

[1] CHASLIN, P. publica um relatório sobre a obra de Bombarda em que manifesta reservas em relação à utilização do termo degenerescência:.. "É bem sedutora essa teoria, ou antes a palavra é bem cómoda para a explicação, mas também parece bastante perigosa, porque a maior parte dos que a empregam, levadas por ela acabam quase sempre por chegar a coisas um pouco excessivas…" como por exemplo Bombarda considerar que a mulher é uma degenerada! – CHASLIN, P. - "Lições sobre a Epilepsia e as Pseudo-epilepsias pelo Professor Miguel Bombarda. Relatório apresentado à Sociedade Médico-Psicológica de Paris". A Medicina Contemporanea, nº31, (1896), pp. 241-243.

[2] MOREL, B. A. - Traité des Dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives. Paris: J. B. Baillière, 1857.

[3] MAGNAN V; LEGRAIN, M. - Les Dégénérés. Paris: F. Alcan,1895.

[4] BOMBARDA, Miguel - Lições sobre a Epilepsia e as Pseudo-Epilepsias. Lisboa: Livraria de António Maria Pereira Editor, 1896. p. 20.

definitivamente determinada[1]. Aí temos de novo o estilo apaixonado de Bombarda pela ciência, "A síntese irrompe brusca, completa e poderosa; mas já antes a ideia paira por todos os espíritos pensadores; já antes andam eles invadidos por um esfarrapado de noções desconexas que a ideia nova vem ligar num todo que aparece tão luminoso como se fora coisa já familiar"[2]. Ao falar das degenerescências hereditárias, menciona as intoxicações de que destaca o álcool, as doenças de que destaca a sífilis, mas também as condições do meio físico ou do meio social. Os estigmas da degenerescência podiam ser anatómicos, nervosos, psíquicos e sociais. Acaba por concluir que os degenerados não pertencem à sociedade e constituem um corpo estranho sem qualquer utilidade (degenerescência extra-social), ou até molestar a sociedade (degenerescência anti-social).

No mesmo ano de 1896 publica ainda *O Delírio do ciúme* [3]. É o livro mais importante na sua investigação clínica. Bombarda volta aos estudos de caso e descreve o delírio sistematizado de ciúme, numa altura onde era pouco valorizada a sua especificidade, ou muito associada ao alcoolismo crónico. Detecta a sua diversidade etiológica e depois descreve em pormenor o referido delírio, defendendo a sua unidade estrutural com as paranoias. Neste livro o autor nunca se afasta de um certo empirismo semiológico, mostra-se um clínico atento encontrando nas descrições dos casos todas as transições entre a perseguição raciocinante e a perseguição clássica, incluindo os casos de querelantes. Conclui finalmente que a organização paranoica é comum a grupos de diversos temas sem fazer qualquer uso de considerações de teor ideológico-científico como no livro anteriormente analisado. Apesar da sua crença biologista (cérebro lesado igual a espírito enfermo) fala em lesão do mecanismo intelectual, intuição de que poderia haver mecanismos psico(pato)lógicos em causa. Estes são alguns dos méritos desta obra reconhecida como pioneira por diversos autores da psiquiatria francesa[4].

Em 1897, num ciclo de conferências da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, apresenta "Os Neurones e Vida Psychica" onde defende abertamente a concepção materialista da psicologia, que "era a de todos os médicos e de todos os biologistas arrastados como são pelas leis primordiais do funcionamento dos organismos, pelas leis da fatalidade, que são o

[1] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, pp. 21-22. A obra é dedicada a estes três alienistas.
[2] Idem, Ibidem, p.21.
[3] BOMBARDA, Miguel – O Delírio do Ciúme. Lisboa: Publicações da Medicina Contemporanea, 1896. (Reedição, Ed. Ulmeiro, 2001).
[4] EY, Henri – "Étude nº 18. Jalousie Morbide".In: Études Psychiatriques. Aspects semeiologiques. Paris: Desclée de Brouwer, 1950. pp. 483-514. LANTERI-LAURA, G. – Psychiatrie et conaissance. Paris: Sciences en situation, 1991. p. 84.

determinismo e que regem todos os fenómenos da natureza"[1], mostra-se entusiasmado com os trabalhos de histologia cerebral de Golgi e Ramon y Cajal que lançam uma luz poderosa sobre o vasto campo, durante séculos misterioso, onde se agita a vida psíquica. É nesta nova realidade da estrutura neuronal cerebral que Bombarda considera estar a chave da questão do livre arbítrio em que nunca poderia haver conciliação entre a ciência positiva e as idealizações espiritualistas.

Termina a sua conferência dizendo que "o neurone move-se e, porque se move, pensa e sente"[2], o que provoca grande celeuma na imprensa católica da época.

Em 1898, dedica o seu livro *A Consciência e o livre arbítrio*[3] a Ernst Haeckel, patriarca do monismo, escrevendo no prefácio que "a psicologia é a consciência física do que se chama o espírito"[4]. Em 1899 o professor e jesuíta Manuel Fernandes Santana publica o primeiro volume de *O Materialismo em face da sciencia*[5], onde critica o livro de Bombarda. Bombarda responde com *A sciencia e o Jesuitismo* (1900)[6]. Desencadeou-se vasta polémica, com manifestações de grande intolerância e uso de termos ofensivos de parte a parte. Santana coloca algumas questões e críticas pertinentes a Bombarda apoiando-se em autores como Poincaré, Duhem e Ostwald. Bombarda refugia-se no seu cientismo naturalista deslocando parcialmente a questão para o jesuitismo e seus malefícios e polemizando em termos anti-clericais e anti-teológicos. Para ele as concepções psiquiátricas e psicológicas são inseparáveis da visão do mundo decorrente do seu materialismo filosófico e da sua concepção de ciência, o que é incompreensível para Santana que não admite a concepção monista do Universo. Como escreveu Vítor Neto, a polémica exprimia a oposição de duas concepções antagónicas do mundo e traduzia a impossibilidade do diálogo entre o cientismo e o catolicismo[7].A polémica permanece valiosa, apenas porque testemunha o clima de paixão ideológica, nomeadamente o conflito da ciência com a religião, na altura por muitos julgadas

---

[1] BOMBARDA, Miguel – "Os Neurones e Vida Psychica". A Medicina Contemporanea, nº20, (1897), pp.157-165.

[2] BOMBARDA, Miguel – "Os Neurones e Vida Psychica". A Medicina Contemporanea, nº20, (1897), pp.157-165; nº21 (1897), pp.167-177.

[3] BOMBARDA, Miguel – A Consciencia e o livre arbitrio. Lisboa: Parceria António Maria Pereira, 1898.

[4] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, pp. X.

[5] SANTANNA, M. F. – O Materialismo em Face da Sciencia. A propósito da Consciência e Livre Arbítrio do Sr. Prof. Miguel Bombarda. Vol. I. Lisboa: Typographia da Casa Catholica, 1899.
SANTANNA, M. F. – O Materialismo em Face da Sciencia. A propósito da Consciência e Livre Arbítrio do Sr. Prof. Miguel Bombarda. Vol. II. Lisboa: Typographia da Casa Catholica, 1900.

[6] BOMBARDA, Miguel - A Sciencia e o Jesuitismo. Réplica a um Padre Sábio. Lisboa: Parceria António Maria Pereira, 1900.

[7] NETO, V. – "Miguel Bombarda e Manuel Fernandes Santana um confronto de Ideias". In Miguel Bombarda e as Singularidades de uma Época. Coordenação de Ana Leonor Pereira e João Rui Pita. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006. pp. 117- 124.

incompatíveis. Mas se em relação ao clero a sua atitude é de oposição sistemática, torna-se curioso constatar a atitude de justiça compreensiva que Bombarda manifesta para com um anarquista acusado de atentado contra o rei e que foi admitido em Rilhafoles para avaliação médico-legal. O texto, "Un fait d'anarchisme"[1] pretende ser uma contribuição para o estudo médico do anarquismo e dos regicidas[2]**.** Criticando a tese de Régis que defendia o internamento de regicidas nos asilos de alienados criminosos, Bombarda vem dizer que era uma iniquidade se a loucura não estiver demonstrada e enfatiza que o caso que apresenta, prova que se pode ser anarquista e regicida sem ser louco. Do ponto de vista físico o examinado "é um estigmatizado, mas isso não chega para a determinação de loucura"[3]. E mostra-se tocado pela sua sinceridade e convicção profundas, impressionado pela sua paixão humanitária, pela emoção ao falar dos filhos. O seu comportamento no asilo foi sempre adequado e colaborante, o exame mental mostrou ser perfeitamente normal, a afectividade normal e emocionava-se ao falar das misérias humanas ou ao recordar os filhos, das infelicidades de que sofreram ou a fome de que poderão vir a padecer, tudo "nos comove profundamente"[4]. Perante estas observações, foi reenviado após quinze dias de internamento[5].
É no já citado livro *A Consciência e o Livre Arbítrio*[6], onde mais procura reflectir sobre aspectos filosóficos da psiquiatria e das ciências biológicas e suas consequências para a sociedade. Os fenómenos psíquicos seriam para ele tão fatais e tão determinados como a queda dum corpo. O associacionismo psicológico e o localizacionismo faziam crer que todo o mecanismo psíquico decorria de forma simplista: sensação, percepção e associação correspondiam ao modelo anatómico das articulações interneuronais. Toda a vida psicológica teria aqui o seu ponto de partida, escapando a Bombarda o carácter global, qualitativo e subjectivo da vida psíquica. Depois o autor partia para um alargamento progressivo da sua concepção até abarcar a sociedade inteira e o próprio Universo, chegando, sem se dar conta, a um autêntico materialismo metafísico[7]. Vemo-lo assim a defender a moral cientifica, o

---

[1] BOMBARDA, Miguel – "Un Fait D'Anarchisme". Revue Neurologique, Extrait. Paris: Masson, (1899), pp. 569-574.
[2] Sobre o tema e o pensamento de Bombarda ver PEREIRA, A. L. – Darwin em Portugal. 1865-1914. Coimbra: Almedina, 2001. pp. 420-427.
[3] BOMBARDA, Miguel – "Un Fait D`Anarchisme". Revue Neurologique. Paris: Masson, (1896), p. 570.
[4] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, p.574.
[5] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, p.574.
[6] José de Lacerda assina uma recensão ao livro de Bombarda na revista A Medicina Contemporânea, considerando o livro um trabalho de alta psicofisiologia, caindo a fundo sobre os mais resistentes erros seculares das crenças metafísicas. "…O autor é um alto e raro exemplo de trabalho neste país de sol de indolência e de ignorância". LACERDA, J. – A Medicina Contemporanea, nº13 (1898), pp.102-103.
[7] FERNANDES, H. Barahona - "Miguel Bombarda: personalidade e posição doutrinal". A Medicina Contemporanea. Lisboa.Vol. 70, nº3, (1952), p.146.

progresso e a evolução, à luz da instrução pública e da ciência e o socialismo como futuro radioso da Humanidade, servindo-se nos seus escritos de uma convicção e exaltação que impressionam pelo dogmatismo mas também pela elevação moral ligada ao culto da humanidade, que caminharia para uma nova era de justiça e felicidade. A Religião e a Igreja seriam assim os grandes obstáculos a esta marcha exaltante e por isso as lutas e polémicas anticlericais e mesmo antiteológicas, são marcadas e constantes nos seus escritos e atitudes públicas.

Ao olharmos hoje o seu conhecido retrato, pintado por Veloso Salgado, vemos esta energia, esta convicção radical, esta fronte orgulhosa e determinada, ao mesmo tempo que conhecemos hoje as limitações científicas, filosóficas e epistemológicas das posições de Bombarda. Mas é assim que ficou para a posteridade, símbolo da Republica, da revolução que lhe deu origem, da ciência e do anticlericalismo, como se constata vendo o seu nome nas ruas das nossas cidades e vilas.

O cientismo (ou cientificismo) é reiterado no prefácio à segunda edição de *A Consciência e o Livre Arbítrio*[1], afirmando a necessidade de que "a imensidade de luz que surge dos laboratórios penetre até aos últimos recantos da humanidade e venha iluminar os abismos incomensuráveis em que se acoita a ignorância e a hipocrisia"[2]. E acrescenta não haver mistérios inacessíveis à razão do homem, que nada há fora da natureza a dominá-la e a regê-la por um livre arbítrio e que as leis são invariáveis em toda a extensão dos fenómenos naturais. Tudo seria o produto fatalmente determinado de condições que a mão do homem pode apreender, modificar e estudar. E finaliza "a alma é uma pura fantasia, sendo o funcionamento material do cérebro, traduzindo-se em fenómenos psíquicos, o coroamento de um maravilhoso edifício"[3].

É este Monismo Naturalista, constante em Miguel Bombarda, orgulhosamente brandido e afirmado polemicamente contra todo e qualquer Espiritualismo, que é característico da sua obra e lhe acarretou polémicas e críticas, mas que também ajudou muito a criar a ideia e o mito do *Haeckel português*. Dar a palavra ao próprio com dois trechos absolutamente reveladores do estilo e das convicções profundas do autor é a sua melhor ilustração:

" …Para quê preocuparmo-nos com as rudes imagens e as toscas fantasias populares, que a filosofia e as religiões têm feito suas, quando a demonstração está ali, na ciência, nítida,

---

[1] BOMBARDA, Miguel – A Consciência e o livre arbitrio. 2ª edição. (com prefácio do autor). Lisboa: Parceria António Maria Pereira, 1902.

[2] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, pp. X-XI.

[3] Idem, Ibidem, p.XVII.

luminosa, fecunda, quando nenhum desacordo ela suscita a não ser no preconceito e na tradição, quando enfim ela vem iluminar o homem e as sociedades como clarão do novo dia"?[1] E acrescenta no mesmo livro "A concepção monista do Universo é a mais grandiosa até onde se tenha levantado o génio do homem, a mais fecunda e até consoladora para os corações sedentos de crença e de fé. Hoje o monismo é uma religião[2]. Num artigo publicado a propósito de Pasteur e da sua obra escreveu: "...A cruzada dos nossos tempos é a cruzada científica, essa cruzada santa em que o homem se não deixa embalar na ilusão duma crença, mas caminha à conquista da verdade que lhe é misericórdia e salvação "[3].

Em 1901 faz o discurso inaugural do ano académico de 1901, na Sociedade das Ciências Medicas de Lisboa: "A Biologia na Vida Social"[4], que ilustra algumas das convicções ideológicas do autor e a importância para o seu pensamento da obra de autores como Ernst Haeckel e Herbert Spencer. No seu característico tom de exaltação romântica, Bombarda invoca o médico como o porta-estandarte do progresso e da civilização dos povos; "a verdade total já se entrevê, o homem vai ser redimido"; entreabrindo-se os mistérios em que a razão humana se perdia, uma ciência nova se levanta… é a chave do grande enigma que ressalta deste ingente quadro de luz que o ilustre Haeckel esboçou no livro com que vem coroar uma carreira de sessenta anos de trabalho eminente e que, simplesmente dito, vai ser o evangelho do homem futuro"[5].

A renovação social pela ciência é para Bombarda pois o desfazer das trevas pela irradiação da verdade. Antes o homem era uma excepção da natureza, um ser artificial, a sua alma não obedecia a leis que não fossem as do livre arbítrio, mas agora o homem deixou de estar isolado e passou a ser um objecto da história natural. Mais à frente, afirma que a sociedade é um organismo, como dizia Herbert Spencer e "apesar da contestação da recente escola sociológica, a verdade da palavra mantem-se inabalável"[6], sobretudo aos olhos de um fisiologista. Noutra afirmação fundamental para se perceberem as relações entre as ciências na

---

[1] BOMBARDA, Miguel – A Consciência e o Livre Arbítrio. Lisboa: Parceria António Maria Pereira, 1902. Prefácio da 1ª Ed, pp.XXI-XXII.

[2] Idem, Ibidem, p.57.

[3] BOMBARDA, Miguel – A Medicina Contemporanea, nº1, (1898), pp.1-2.

[4] BOMBARDA, Miguel – "A Biologia na Vida Social". A Medicina Contemporanea, nº46, (1901), pp.381-385.

[5] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, p. 381. A referência é HAECKEL, E – Die Weltrathsel,1899. Haeckel é um dos autores-chave para a compreensão das ideias de Bombarda. O livro referido por Bombarda foi traduzido para português com o título Os Enigmas do Universo em 1908, por Jaime Filinto e editado pela Livraria Chardron, Porto. Nesta obra, Haeckel enuncia a Lei Biogenética Fundamental "A ontogenia é uma recapitulação abreviada e acelerada da filogenia", tão citada e elemento central do seu monismo naturalista. BOMBARDA – "A Biologia na Vida Social". A Medicina Contemporanea, nº46, (1901), pp.381-385.

[6] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, p. 382.

sua concepção, afirma "A sociedade é pois um organismo e a sociologia não mais que uma extensão das ciências biológicas"[1]. Como nos organismos os agregados influem sobre os indivíduos do mesmo modo que estes são influenciados e vivem submetidos a leis invariáveis, donde resulta um determinismo social, tão nítido como aquele que rege a vida individual. Continua dizendo que a revolução patológica deu o golpe de misericórdia nas velhas superstições; "a anatomia, a fisiologia, a biologia geral e a antropologia criminal iluminaram a natureza humana"[2].Também o crime deixou de ser a coisa jurídica que se punha à parte da natureza inteira, era criminoso quem queria, daí as penalidades afrontosas, a retaliação, vingança pela injúria, torturas, penas aflitivas. Hoje, pelo contrário "o crime é um facto antropo-sociológico para as sociedades civilizadas"[3]. E os códigos começavam a sofrer influências da ciência: admissão de circunstâncias atenuantes, individualização da pena, humanização da penalidade; a pena seria uma necessidade de defesa social. Já começaram a surgir providencias para proibir o casamento dos epilepticos e até soluções de selecção científica para deter a regressão da raça, ameaçada pela degenerescência. Contra os factores sociais do mal, enumera as casas de correção, as colonias agrícolas, a legislação do trabalho, o socialismo de estado e todas as associações que combatem o vício, a miséria e o crime; e lança um lema "guerra ao álcool e à tuberculose, à mendicidade e à vagabundagem, honra ao trabalho e à proteção dos fracos"[4]. Conclui assegurando que o futuro das sociedades e de tudo que se refira à psicologia do homem está por inteiro enfeixado na biologia[5]; são as leis naturais que regem as acções humanas e os destinos sociais, o cérebro é o órgão psíquico e há-de haver uma higiene cerebral como já há uma higiene dos músculos.

Também "o direito penal vai ser uma derivação biológica e aos médicos sociais incumbirá o destino a dar aos criminosos; a história será investigada à luz da antropologia e da sociologia"[6]. A psicologia deve deixar de ser ciência de laboratório e de aplicação individual, para fecundar a vida das sociedades e a fisiologia deve ultrapassar os limites destinados aos médicos e vir esclarecer os males sociais. O médico, conclui Bombarda, já tem um grande

[1] BOMBARDA, Miguel – "A Biologia na Vida Social". A Medicina Contemporanea, nº46, (1901, p.383.

[2] Idem, Ibidem, p.383. A ultrapassagem destas concepções aproxima-nos da psiquiatria contemporânea, implicando um afastamento do biologismo, compreensível pelo peso esmagador da biologia e da hereditariedade, encarados com um determinismo quase absoluto.

[3] Idem, Ibidem, p.384.

[4] Idem, Ibidem, p.384.

[5] Idem Ibidem, p.384. Ver HAECKEL, E. – O Monismo. Profissão de fé de um Naturalista. 3ª Edição. Porto: Livraria Chardron,1947. (1ª edição, 1908). A Ciência traria consigo a Verdade, a Racionalidade e o Progresso. Haeckel no seu livro fala nas Ciências da Natureza e nas Ciências do Espírito, mas para asseverar que as segundas não são mais que uma parte das primeiras. E chega a dizer que "a Psicologia e a Psiquiatria do futuro devem fazer-se celulares e em primeiro lugar investigar as funções psíquicas das células", p.41.

[6] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, p.384.

papel no combate à doença e alívio do sofrimento, mas quando o enfermo é a sociedade inteira o seu papel amplifica-se grandiosamente "o médico clínico é ainda uma expressão de egoísmo, o médico social significa o anseio mais puro a que nunca pôde levantar-se a ambição do homem pelo bem dos seus irmãos"[1]. É a devoção à ciência e à humanidade que é a divisa que ele propõe na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa[2].

Em 1908, Bombarda escreve na apreciação ao livro *O Negativismo*[3] de Ladislau Batalha, que discorda do autor quando ele quer demonstrar que a suprema mentira é o altruísmo e que a luta dos egoísmos é a condição mesma do progresso e da civilização. Para Bombarda, pelo contrário "em toda a natureza o factor cooperativo tem sido a fonte ubérrima da adaptação e da evolução; a selecção darwiniana, com a sua desoladora e impotente luta pela existência, já fez o seu tempo; com o príncipe Kropotkine eu direi até que, para o progresso moral do homem, precisamente em mais larga extensão do mútuo auxílio reside a melhor garantia de uma evolução mais levantada da nossa espécie"[4]. Sabemos que o anarquista Kropotkine[5], quanto ao mecanismo de transformação dos organismos, sustentava a importância decisiva da influência directa do meio sobre o ser vivo. Nas suas memórias, critica as conclusões a que a fórmula luta pela vida, arrastou a maior parte dos discípulos de Darwin, acrescentando que actualmente não se pratica infâmia na sociedade civilizada ou nas relações dos brancos com as raças chamadas inferiores, ou dos fortes e dos fracos, que não encontre a sua desculpa naquela fórmula. Para ele, *o auxílio mútuo* (expressão que Bombarda também utiliza) é tanto uma lei da natureza como *a luta recíproca*, mas para a evolução progressiva da espécie, o primeiro é muito mais importante que a segunda[6].

Bombarda surge assim como defensor da transformação da sociedade no sentido do socialismo, "O socialismo está na evolução fatal da humanidade, é precisamente no socialismo que sorri a aurora da renascença do homem e começa a entreabrir-se uma era de justiça e solidariedade, uma era de condenação de todos os egoísmos"[7]. As diferenças de orientação política com Júlio de Matos são perceptíveis: democracia de tendência

---

[1] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, p.385.
[2] BOMBARDA, Miguel – A Biologia na Vida Social. A Medicina Contemporanea. nº 46, (1901), pp. 381-385.
[3] BATALHA, Ladislau – O Negativismo. Viagem aventurosa nas regiões do Ideal. Com uma apreciação sintética pelo professor Miguel Bombarda. Lisboa: Parceria António Maria Pereira, 1908.
[4] Carta do professor Miguel Bombarda. In O Negativismo. Lisboa: Parceria Antonio Maria Pereira, 1908. pp.VII-VIII.
[5] KROPOTKINE, Pedro – Em volta de uma vida. Memórias. Lisboa: Typographia do Commercio, 1907.
[6] KROPOTKINE, Ibidem, p.494. Apesar da sua orientação biologista, Bombarda valorizava o meio social, enquanto Júlio de Matos tendia a ver a questão social como de raiz bio-antropológica. PEREIRA, Ana L. – Darwin em Portugal. 1865-1914. Coimbra: Atlantida, 2001.
[7] BOMBARDA, Miguel – A Consciência e o Livre Arbítrio. Lisboa: Parceria António Maria Pereira, 1898. p.352.

socializante, defensora do primado do meio em Bombarda, e em Júlio de Matos republicanismo anti-socialista que aparece ligado à defesa do darwinismo e do evolucionismo e sua integração na filosofia Positiva.

A obra de Miguel Bombarda foi objecto de variados estudos. Em 1925, por ocasião do Centenário da Fundação da Régia Escola de Cirurgia de Lisboa, Sobral Cid publicou um estudo sobre a sua obra e actividade profissional[1]. No mesmo ano, Celestino da Costa[2] resumia criticamente a evolução do pensamento de Bombarda fisiologista: Tinha um conhecimento profundo da literatura, no capítulo da Histologia e Fisiologia, mas era um espírito mais sintético que analítico, "desafecto a dúvidas e ansioso de certezas"[3], ocupando-se dos grandes problemas de Biologia Geral. Impaciente por soluções definitivas e completas, "adoptando teorias e hipóteses de forma dogmática, transformando-as em artigos de fé; apresentando as teorias nas aulas como absolutamente assentes ou demonstradas; mas também abraçava as contrárias quando se convencia da falsidade das primeiras"[4].

Barahona Fernandes, o maior comentador das figuras históricas da Psiquiatria Portuguesa, publicava um estudo em 1952[5], referindo no seu trabalho que Silva Amado, Marck Athias, Caetano Beirão, Pinto de Magalhães, Augusto de Vasconcelos, já se tinham debruçado sobre várias facetas da obra de Bombarda. E anota que Bombarda nos *Traços de Fisiologia Geral e de Anatomia dos Tecidos* de 1891 aceita a herança das qualidades adquiridas, mas que no novo programa de Fisiologia Geral de 1904 defende a conclusão contrária: a não hereditariedade dos caracteres adquiridos. Considera-o "…na linha geral de inconformismo, sem afinidades próximas com correntes do pensamento português que vão de Verney a Herculano, a Antero e Oliveira Martins, até Raúl Proença, Joaquim de Carvalho, António Sérgio, Vieira de Almeida e Sílvio Lima; separa-se de uns pelo mecanicismo excessivo, doutros pelo anti-idealismo materialista e radical ateísmo. Está mais perto da corrente positivista sem se identificar com ela"[6].Outros autores fizeram caracterizações mais parcelares como Diogo Furtado[7], que diz ter conhecido Bombarda através do seu assassino que tratou no

[1] CID, J. de Matos Sobral – O Professor Miguel Bombarda. A sua carreira e a sua obra de alienista. 1º Centenário da Fundação da Régia Escola de Cirurgia de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa, 1925. pp. 1-18.

[2] COSTA, Celestino da – " Miguel Bombarda". In Médicos Portugueses. Colectânea de Ramiro Barros e Silva. Revista Bio-bibliográfica.Vol I. Lisboa, (1925), pp. 122-142.

[3] COSTA, Celestino da, Ibidem, p. 132.

[4] COSTA, Celestino da, Ibidem, pp. 132-133.

[5] FERNANDES, H. Barahona – "Miguel Bombarda: personalidade e posição doutrinal". A Medicina Contemporanea. Lisboa,Vol.70, nº3, (1952), pp. 139-155.

[6] Idem, Ibidem, pp. 139-155.

[7] FURTADO, Diogo – " Miguel Bombarda". O Jornal do Médico. XIX, nº470, (1952), pp. 201-207.

manicómio do Telhal, Seabra Dinis[1] que fez um estudo evolutivo no plano das ideias psiquiátricas, filosóficas, sociais e políticas, ou Barata Moura[2] que faz um estudo do seu materialismo no plano filosófico. Mais recentemente surgiu uma biografia feita por Paulo Araújo[3] e uma obra colectiva coordenada por Ana Leonor Pereira e João Rui Pita[4] em que 30 especialistas de variadas formações abordam a figura de Bombarda, na sequência do I Congresso Internacional de Cultura Humanística-Científica Portuguesa Contemporânea, realizado em Coimbra em 2002. A publicação, para além do balanço sobre a vida, obra e época de Miguel Bombarda, "visou ainda avaliar o destino das marcas que deixou na assistência psiquiátrica, na administração hospitalar, na política institucionalista da Saúde Mental, no higienismo e na eugenia, na cultura filosófica, na cultura estética e na cultura política"[5].

3.3. ANTÓNIO MARIA DE BETTENCOURT RODRIGUES (1854-1933), um pioneirismo breve

Nascido em 1854, na ilha de S, Nicolau, em Cabo Verde, vem estudar para Coimbra em 1871 (Matemática e Filosofia). Aqui destaca-se o seu convívio com a geração académica ligada às letras como João Penha, Gonçalves Crespo, Junqueiro, B. Machado, Cândido Figueiredo, Teixeira de Queiroz, Magalhães Lima, Macedo Papança (Conde de Monsaraz) e a aproximação ao ideal republicano; o livro de poemas *Ao Combate*[6] (Lisboa, 1873) está eivado de intenções revolucionárias anti-monárquicas.

Em 1879 inscreve-se na Faculdade de Medicina de Paris, frequenta o curso médico, passa pelos hospitais, nomeadamente o Hospital Laennec e a Salpêtrière, assiste às aulas de Charcot e Bouchard, e apresenta uma tese em 1886 *Contribution à l'étude des reflexes dans la paralysie générale des aliénés*[7]. O presidente da tese é Benjamin Ball, os juízes Bouchard, Raymond e Hanot. A tese versa o estudo dos reflexos na paralisia geral, então doença muito

[1] SEABRA DINIS, J. – "Miguel Bombarda. Homem da sua Época". In Perspectiva Humana. Lisboa: Portugália Editora, 1966. pp. 13-36.
[2] BARATA-MOURA, J. – "Miguel Bombarda e o Materialismo". In Estudos de Filosofia Portuguesa. Lisboa: Caminho, 1998. pp. 149-193.
[3] ARAÚJO, Paulo – Miguel Bombarda. Médico e Político. Casal de Cambra: Caleidoscópio, 2007.
[4] PEREIRA, A. L.; PITA, J. R. – Miguel Bombarda e as singularidades de uma época. Coimbra: Coimbra: Imprensa da Universidade, 2006.
[5] PEREIRA, A. L.; PITA, J. R. (coordenação) – " Introdução". In Miguel Bombarda e as singularidades de uma época. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2006. pp. 5-6.
[6] RODRIGUES, A. Bettencourt – Ao Combate. Coimbra: Imprensa Comercial e Industrial, 1873.
[7] RODRIGUES, A. Bettencourt – Contribution à l'étude des reflexes dans la paralysie générale des aliénés. Paris: Imprimerie des écoles, 1886.

frequente e em que não havia acordo acerca da influência do alcoolismo e da sífilis, na etiologia ainda obscura da doença. O autor estudou 68 doentes, concluindo que a presença, no início da doença, de reflexos tendinosos vivos, especialmente os rotulianos e diminuição dos reflexos plantares, poderia ser um bom elemento de diagnóstico.

Regressando a Portugal procede à revalidação do curso em 1887, efectuando exames em Junho e Julho desse ano em Coimbra. Seguidamente vai para Lisboa e inicia prática clínica num consultório e vai rapidamente tornar-se conhecido, havendo na altura poucos cultores de neurologia e psiquiatria, tornando-se fulgurante a sua ascensão no meio médico lisboeta. Em 1887 já há uma referência a Bettencourt Rodrigues em *A Medicina Contemporânea* feita por Sousa Martins, a propósito de colaboração num caso de tratamento pneumático em tuberculose e apresentado em sessão da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa.

Também em 1887 dá início ao 1º Curso Livre de Neuropatologia e Psiquiatria, lições dadas no Hospital de Rilhafoles, que despertaram grande interesse, sendo anteriores ao ensino oficial destas matérias.

A outra iniciativa pioneira é a criação da primeira revista médica da especialidade – *Revista de Neurologia e Psiquiatria (1888-1889)*[1]. Apesar de terem sido apenas quatro números, a revista assinalou a tentativa de renovação da cultura médica em Neurologia e Psiquiatria até então muito unidas; divulgaram-se autores europeus, nomeadamente franceses e juntou-se a colaboração de médicos como Júlio de Matos, Magalhães Lemos e Sousa Martins e pessoas com outras formações académicas, como Adolfo Coelho, Ferreira Deusdado ou António de Azevedo Castelo Branco. A revista publica a lição de abertura do 2º Curso Livre de Neuropatologia e Psiquiatria que Bettencourt Rodrigues deu em Rilhafoles em 1888[2].

Para além disto torna-se membro activo da Sociedade das Ciencias Médicas de Lisboa apresentando inúmeros trabalhos nas suas sessões e levantando as questões do ensino da Psiquiatria e da Neurologia e da melhoria dos hospitais de alienados, questões aliás amplamente discutidas por outros médicos. Foi ainda um dos fundadores da Casa de Saúde Lisbonense e de uma clínica para doenças nervosas. Parece ter criado muitos conhecimentos e relações com pessoas do meio médico e outros, tornando-se um clínico, conferencista e colaborador da imprensa científica muito conhecido e apreciado.

Não surpreende pois que na Câmara de Deputados tenha sido apresentado um projecto de lei com vista à criação duma cadeira de Neuropatologia e Psiquiatria na Escola Médica de

[1] REVISTA de NEVROLOGIA E PSYCHIATRIA. Lisboa: Henrique Zeferino Editor, 1888-1889.

[2] RODRIGUES, A. Bettencourt – "Curso Livre de Nevropathologia e Psychiatria". Revista de Nevrologia e Psychiatria. Lisboa: Henrique Zeferino Editor, nº1, (1888), pp. 45-57.

Lisboa[1], naquele momento de renovação científica, considerando-se que este ensino já fora brilhantemente inaugurado dois anos antes por um eminente discípulo da escola da Salpêtriere e antigo aluno da faculdade de Paris, pretendendo-se afinal legalizar, reconhecendo oficialmente um curso constituído por prelecções particulares, que tantos serviços tinha já prestado à ciência portuguesa.

A Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa dirige depois ao Sr. Ministro do Reino um documento em que considera que a proposta de criação de um curso de Psiquiatria indigitava para professor pessoa que não reunia um conjunto de predicados indispensáveis, nem sequer um deles, isoladamente. Além de alheio à Escola, nem de bons conhecimentos científicos dera provas, convenientemente apreciadas[2]. Já no nº 8 da revista *A Medicina Contemporânea*, na secção Variedades, surgira com o título "Mais um", uma nota que dizia que na Câmara dos Deputados tinha sido apresentado um projecto de lei, com o fim de arranjar uma cadeira para o Dr. Bettencourt Rodrigues. Transcrita depois a proposta dos deputados, a notícia (não assinada) terminava com a seguinte frase: "…Agora falta só uma cadeira de antropometria"[3].

É entretanto publicado o relatório e proposta de lei para a organização da hospitalização dos alienados de José Luciano de Castro[4], que pretendia reorganizar e construir novos estabelecimentos para alienados alem da criação de enfermarias anexas às penitenciárias centrais e de um fundo de beneficência pública dos alienados, com referência à especial colaboração de António Maria de Sena.

Ainda em 1888 é aberto um concurso de provimento de 5 lugares de médico extraordinário do Hospital de S. José, tendo Bettencourt Rodrigues sido classificado em 1º lugar. As apresentações e publicações prosseguem destacando-se na revista de Neurologia e Psiquiatria o trabalho "A Hemiplegia Histérica, Sintomatologia e Diagnóstico"[5], revisão do tema de acordo com a visão de Charcot e da escola da Salpêtrière.

Em 1889 prosseguem as suas apresentações nas reuniões da Sociedade das Ciências Medicas de Lisboa, algumas espectaculares como "Resultados clínicos obtidos pela suspensão dos doentes"[6], um novo tratamento recomendado por Charcot. Os temas das apresentações mostram alguém bem documentado em novos temas, nomeadamente os neuropsiquiátricos,

---

[1] A Revista transcreveu o "Projecto de lei para a creação d'uma cadeira de Nevropathologia e Psychiatria na Escola Médica de Lisboa", 1ºano, nº1, (1888), pp.113-115.

[2] A Medicina Contemporanea, nº22, (1888), pp.173-175.

[3] A Medicina Contemporanea, nº8, (1888), p.64.

[4] A Medicina Contemporanea, nº23, (1888), pp.181-184; nº25, pp.198-199.

[5] RODRIGUES, A. Bettencourt – "A Hemiplegia Histérica, Sintomatologia e Diagnóstico". Revista de Nevrologia e Psychiatria. Lisboa, nº2, (1888), pp.171-187.

[6] RODRIGUES, A. Bettencourt. – A Medicina Contemporanea, nº20, (1889), p.149.

como por exemplo a atrofia muscular progressiva de Leyden[1] ou pseudo-tabes. Em 1889 apresentou também um relatório sobre o Congresso de Medicina Mental de Paris[2], tendo sido nomeado representante da Sociedade de Ciências Medicas de Lisboa. No final fez três propostas: 1) Que a Sociedade de Ciências Medicas de Lisboa lembre ao Governo a conveniência de estabelecer colónias agrícolas anexas aos hospitais e asilos de alienados, 2) Que os chefes dos serviços hospitalares averiguem a etiologia de todos os casos de paralisia geral que observem. 3) Convidar os médicos da Penitenciaria a investigarem se a reclusão penitenciária tem realmente importância como causa eficiente notável do desenvolvimento da loucura. Deu ainda conta da comunicação que apresentou em Paris sobre a importância que na explosão da loucura têm as auto-intoxicações[3]. (tema caro ao seu mestre Bouchard). Sousa Martins na discussão felicita-o pela valiosa comunicação declarando-se adepto da doutrina das auto-intoxicações. Noutras apresentações são dignas de nota "Um caso de esclerodermia"[4], "Acidentes pseudo-meningiticos num gastrectásico" e "Um caso de acromegalia"[5]. O professor de Anatomia J.António Serrano apresentou "Enxerto da glândula tiroideia no tratamento do mixedema", operação feita por indicação de Bettencourt Rodrigues, que irão apresentar num Congresso Cientifico em Limoges: "Un cas de myxedéme traité par la greffe hypodermique du corps thyroide d'un mouton"[6]. O jornal *A Medicina Contemporânea*, anuncia ainda em 1890 a fundação de uma policlínica em Lisboa, de carácter gratuito e em casa própria, longe dos hospitais, sendo fundadores Sousa Martins, Serrano, Feijão, Gregório Fernandes, Bettencourt Rodrigues e D. António de Lencastre[7]. Na sessão de Janeiro de 1891, Bettencourt Rodrigues propõe um voto de sentimento pelo falecimento de António Maria de Sena poucos meses antes[8]. Afirma que a melhor maneira da Sociedade traduzir o seu sentimento é constituir-se testamenteira da obra de Sena, o médico que mais interesse teve pelo tema da hospitalização de alienados e pergunta que aplicação tem sido

[1] RODRIGUES, A. Bettencourt. – A Medicina Contemporanea, nº26, (1889), pp.194-196.
[2] RODRIGUES, A. Bettencourt. – A Medicina Contemporanea, nº50, (1889), pp.388-389; nº51, pp.395-396.
[3] Nota das Actas da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa "Da Influencia dos fenómenos de auto-intoxicação e da dilatação do estômago na etiologia das formas depressivas e melancólicas da loucura". A Medicina Contemporanea, nº52, (1889), pp.402-403.
[4] Nota sobre a Sessão da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa. A Medicina Contemporanea, nº4, (1890), pp.27-28.
[5] Nota sobre a Sessão da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa. A Medicina Contemporanea, nº19, (1890), pp.148-149.
[6] Nota sobre a Sessão da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa. A Medicina Contemporanea, nº30, (1890), pp.233-234.
[7] " Policlínica em Lisboa". A Medicina Contemporanea, nº 50, (1890), p.401.
[8] Nota das Actas da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa de 17 de Janeiro de 1891, (Hospitalização de alienados). A Medicina Contemporanea, nº8, (1891), p.61.

dada ao dinheiro destinado ao fundo dos alienados. Seguidamente e discordando em parte do plano de Sena, por lhe parecer obedecer ao plano geral dos asilos fechados, defende o sistema de grandes colónias agrícolas, bem organizadas e dirigidas, que poderia ser adoptado com benefício para os doentes e não menores vantagens para o tesouro. Poderia hospitalizar-se um maior número de doentes e o trabalho destes poderia constituir uma importante fonte de receita em benefício da própria colónia. Ainda na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa comunica que se vê obrigado a interromper o curso em Rilhafoles e a programada actividade na Consulta e no laboratório de anatomia patológica por lhe haver sido negada nomeação oficial para a comissão gratuita que solicitara para servir em Rilhafoles[1]. Os pareceres da Administração foram negativos quanto à oferta de trabalhar sem remuneração e também quanto às suas intenções que poderiam prejudicar os direitos adquiridos dos médicos mais antigos, embora não fossem alienistas. A intervenção moderadora e compreensiva de Sousa Martins que colocava a tónica na necessidade de melhorar a sorte dos desgraçados doentes, não conseguiu alterar o ambiente desfavorável às pretensões de Bettencourt Rodrigues[2]. Este fez ainda uma proposta no sentido de que todos os lugares dos Hospitais de Alienados fossem providos por concurso. E criticou a situação em Rilhafoles, onde " não há uma classificação moderna, não se fazem autópsias, e não existe electroterapia nem hidroterapia"[3]. Chegou a ser elaborado um regulamento para o projectado concurso e a ser nomeado um júri. Mas entretanto o Governo caiu e o novo ministro nomeou, sem concurso, Miguel Bombarda em Julho de 1892. No currículo que publicou em 1892, Bettencourt Rodrigues critica dura e frontalmente o ministro Dias Ferreira, por nomear, sem concurso, como director de um asilo de alienados, não um alienista, mas um cirurgião dos hospitais. Acompanham o currículo dois certificados, um de Charcot de 1883, outro de Ball, de 1886, sobre o seu trabalho e aptidões, declarando Ball que possuía as qualidades necessárias para dirigir um asilo público de alienados. O folheto termina com a frase " decididamente, resta emigrar"[4].

Na sessão ordinária de 26 de Novembro de 1892 da Sociedade de Sciencias Medicas de Lisboa, antes da ordem da noite, Sousa Martins apresentou a seguinte proposta: "Tendo mudado a sua residência para os Estados Unidos do Brasil o nosso consócio Dr. Bettencourt

---

[1] Acta da Sessão de 17 de Janeiro de 1891. Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa, pp.296-300.

[2] Acta da Sessão da Sociedade de Sciencias Medicas de Lisboa de 21de Fev.de 1891 (Discussão da hospitalização de Alienados). A Medicina Contemporanea, nº10, pp.75-77.

[3] Sessão da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa de 4 de Abril de 1891 (Discussão do parecer sobre a questão de hospitalização de alienados). A Medicina Contemporanea, nº18, pp.139-140.

[4] États de Service: Travaux et Diplomes Scientifiques du Dr. Bettencourt Rodrigues. (1882-1892). Lisboa: Typographia da Companhia Nacional Editora (inclui certificado de Charcot e certificado de Benjamin Ball), 1892.

Rodrigues, proponho que esta Sociedade lance na acta de hoje um voto de sentimento pela ausência deste seu prestante membro, ao qual será oficialmente comunicada esta resolução"[1]. A proposta foi unanimemente aprovada sem discussão[2].

Em Setembro de 1893, Bettencourt Rodrigues registou o seu diploma de médico em S. Paulo a fim de exercer a sua profissão e hospedou-se no Hotel de France, ali aguardando os seus primeiros doentes, "constituídos por volúveis clientes que só confiam, para os seus males, no que tenha uma aparência de exotismo ou novidade, quer seja remédio ou médico"[3]. Alguns meses depois recebeu um bilhete do conceituado clínico Matias Valadão para uma conferência médica com ele e outros dois clínicos de projecção. Daí nasceu uma grande amizade e o círculo de relações foi crescendo, fruto do seu labor profissional e do seu gosto pelo convívio e relações sociais. E assim nasceram os jantares hipocráticos, de frequência mensal, réplica dos jantares que anos antes, em Lisboa, eram promovidos pela Sociedade de Bromatologia Prática e que eram presididos por Sousa Martins e participados por diversos médicos. Numa dessas tertúlias nasceu a ideia de reorganizar a extinta Sociedade Médico-cirúrgica, concretizando-se a ideia em 1895, com o nome de Sociedade de Medicina e Cirurgia de S.Paulo[4]. Dessa Sociedade nasceu uma policlínica onde Bettencourt Rodrigues trabalhou prestando assistência gratuita. Em 1903, um grupo de servidores da ciência de que fazia parte decidiu fundar o Instituto Pasteur, conseguindo passados alguns meses proceder às primeiras vacinações anti-rábicas[5].

Para ajudar o Instituto proferiu uma conferência sobre *O Medo*[6]em 1905, depois publicada. O seu interesse pelo jornalismo foi outra faceta que desenvolveu no Brasil colaborando em jornais, principalmente no "Estado de S.Paulo" com artigos de teor médico, divulgação científica e também literários. O Instituto Histórico e Geográfico de S.Paulo proclamou-o sócio efectivo em 1911. Republicano desde a juventude, fez uma conferência sobre "Pátria Portuguesa"[7] em 1911, integrada numa série de conferências organizadas pelo Centro Republicano Português. Regressa a Portugal em 1913. Em finais de 1912 é-lhe prestada

---

[1] Sessão da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa de 26 Novembro de 1892. A Medicina Contemporanea, nº49, (1892), p.402.

[2] Augusto Rocha, director da Coimbra Médica, sempre atento, nas páginas desta revista, solidariza-se com Bettencourt Rodrigues que tinha emigrado para o Brasil: "cá nisto de ciência, em Portugal, cada qual trata de furar como pode.*"* Coimbra Médica, nº17 (1892), pp. 271-272.

[3] RODRIGUES, A. Bettencourt – Medicina e Médicos. Lisboa: Lúmen, 1922. p. 190.

[4] RODRIGUES, A. Bettencourt – Medicina e Médicos. Lisboa: Lúmen, 1922. p. 212.

[5] FREITAS, Divaldo – "Um escritor médico português em S. Paulo: Dr. Bettencourt Rodrigues". III Congresso Brasileiro de Escritores Médicos. S. Paulo, 1970. pp.105-114.

[6] RODRIGUES, A. Bettencourt. – Psicologia do medo, sua expressão na arte e na poesia. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1913.

[7] RODRIGUES, A. Bettencourt. – A Pátria e o Povo Português. Lisboa: Clássica Editora, 1912.

homenagem e no banquete oferecido em sua honra afirma tencionar regressar ao Brasil, para onde em boa hora fora viver, "livre da gota e remoçado*"*[1].

Mas o envolvimento na política portuguesa acontecerá a curto prazo. É nomeado ministro plenipotenciário em Paris em 1913, e após a sua colaboração estreita com Sidónio Pais, é de novo nomeado ministro em Paris em 1918, o que balizará a sua evolução política. Concorre em 1918 nas listas do Partido Nacional Republicano. Embora não abandone completamente a clínica e os interesses anteriores, é a política que mais o ocupa neste período. Em 1923, faz na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa uma conferência sobre a figura de Pasteur. Continuou a enviar crónicas para o "Estado de S.Paulo". Em 1922, o livro *Medicina e Médicos* reúne parte da sua colaboração no jornal brasileiro. E em 1923 publica *Uma Confederação Luso-Brasileira*[2] defendendo uma íntima ligação entre os dois países. Em 1925, na Sala dos Actos Grandes da Universidade de Coimbra faz uma conferência sobre "A Pátria Brasileira"[3] sob os auspícios do Instituto de Coimbra.

Em 1926, após a revolução, o general Óscar Carmona convida-o para a pasta dos Negócios Estrangeiros, que aceita e preside à delegação portuguesa na Sociedade das Nações, abandonando o Ministério em 1928 e publicando um livro onde relata essa experiencia[4]". Em 1931, sai a lume o livro *Por estradas e atalhos* [5] que o próprio define como livro de saudades e recordações. Morre no Monte Estoril em 1933.

Em termos científicos é até 1892 que Bettencourt Rodrigues se destaca, nomeadamente entre 1888-1892, na divulgação de temas neuropsiquiátricos, no seu ensino livre e como fundador da primeira publicação periódica portuguesa nessa área. Nos vinte anos seguintes em S.Paulo é a clínica privada que o ocupa, mas também actividades organizativas de natureza médico-social e a divulgação de temas literários e médicos em conferências e na imprensa. Finalmente a partir de 1913, a actividade política passa para primeiro plano, embora sem abandonar totalmente os seus interesses médicos e literários.

Em 1924, o professor de psiquiatria de Lisboa José Sobral Cid refere-se de passagem ao "eminente psiquiatra Bettencourt Rodrigues, cujo divórcio da actividade profissional os

[1] FREITAS, Divaldo – "Um escritor médico português em S. Paulo: Dr. Bettencourt Rodrigues". III Congresso Brasileiro de Escritores Médicos. S. Paulo, 1970, p.110.

[2] RODRIGUES, A. Bettencourt – Uma confederação Luso-Brasileira. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1923.

[3] RODRIGUES, A. Bettencourt – "A Pátria Brasileira". Coimbra: O Instituto. 4ªSérie, Vol. II, nº2 (1925).

[4] RODRIGUES, A. Bettencourt – 28 Meses no Ministério dos Negócios Estrangeiros. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1929.

[5] RODRIGUES, A. Bettencourt – Por Estradas e Atalhos. Lisboa: Livraria Clássica Editora,1931.

alienistas portugueses deveras deploram"[1]. Este lamento é ao mesmo tempo uma homenagem aos seus méritos profissionais e ao pioneiro em Portugal do ensino e organização deste ramo da Medicina.

Tal como Barahona Fernandes[2], julgo que a sua obra reflecte uma formação e orientação neurológica muito marcada pela escola médica francesa onde se formou e pelos seus mestres, Charcot, Bouchard e Ball[3]. Embora adepto convicto da ciência positiva, reflecte-a sempre nos limites de um cientismo moderado, mostrando confiança e crença na ciência, na cultura e no progresso, citando amiúde os mestres da Medicina francesa do Século XIX, Laennec, Claude Bernard, Charcot, Bouchard e Pasteur.

3.4. ANTÓNIO DE SOUSA MAGALHÃES LEMOS (1855-1931), o auge da neuropsiquiatria

António de Sousa Magalhães Lemos, discípulo de António Maria de Sena, foi o primeiro professor de Neurologia do Porto e pouco depois também professor de Psiquiatria, após a saída de Júlio de Matos para Lisboa em 1911. Nascido em Felgueiras em 1855, entrou em 1875 para a Academia Politécnica e dois anos depois para a Escola Médico-Cirúrgica do Porto, licenciando-se em 1882 e apresentando uma dissertação inaugural sobre *A região psicomotriz*[4]. Em 1883 partiu para Paris frequentando os serviços de Charcot e de Magnan, e em 1884 frequentou cursos de Anatomia Patológica, Medicina Legal, Patologia Mental de Legrand du Saulle e de Morfologia Cerebral de Duval, regressando ao Porto em 1885. Em termos hospitalares, em 1883 foi médico-adjunto do Hospital do Conde de Ferreira, cargo que retomou em 1892 e director em 1911[5].

Caracterizando a sua obra, Barahona Fernandes aponta a sua orientação anátomo-clínica, oriunda da escola de Charcot, integrada no ambiente positivista e naturalista da época, que

---

[1] CID, José de Matos Sobral – "Psychoses simptomaticas das doenças gerais e dos órgãos da vida vegetativa". A Medicina Contemporanea, nº10, (1924), p.94.

[2] FERNANDES, H. Barahona – "Bettencourt Rodrigues. O psiquiatra e a sua obra". Anais Portugueses de Psiquiatria. nº 66 (1954), pp.163-185; FERNANDES, H. Barahona – "Bettencourt Rodrigues. O psiquiatra e a sua obra". Jornal do Médico. Porto, nº28 (1955), pp.391-398.

[3] No conhecido tratado de Gilbert Ballet encontram-se pelo menos duas referencias a trabalhos seus, um sobre auto-intoxicações apresentado num Congresso Internacional, e outro referindo a sua tese sobre a paralisia geral. In BALLET, G. – Traité de Pathologie Mentale. Paris: Octave Doin, 1903. p.60 e p.937.

[4] LEMOS, A. Magalhães – A região Psychomotriz. Apontamentos para contribuir ao estudo da sua anatomia. Porto: Typographia Occidental, 1882. Dissertação inaugural.

[5] Homenagem ao Prof. Magalhães Lemos. Porto: Faculdade de Medicina do Porto, 1925.

marca todos os seus trabalhos[1]. Apoiado na anatomia cerebral, procura atomisticamente as manifestações mórbidas, tentando relacioná-las com as lesões de carácter focal, numa orientação neuropsiquiátrica de cunho naturalista, interessando principalmente a patologia cerebral, numa tradição nomeadamente germânica, que vai de Meynert, Griesinger, Wernicke, até Kleist e Leonhard. No entanto Lemos movimenta-se conceptualmente também na tradição clínica francesa, a partir dos seus mestres Charcot e Magnan, estando especialmente ligado ao último a quem se refere inúmeras vezes. Os seus trabalhos só algo artificialmente se podem dividir em neurológicos e psiquiátricos, pois mesmo os de feição psiquiátrica partem frequentemente de uma matriz neurológica. Barahona Fernandes elege dois destes trabalhos de Magalhães Lemos[2], escrevendo que são *"exemplos da psicopatologia mecanicista da época, baseada na aliança da neuroanatomia à psicologia associacionista"*[3]. Estes dois trabalhos mostram como Magalhães Lemos estava a par da psicopatologia especialmente francesa com cuidadosas descrições clínicas e profundidade da observação psicológica, mostrando que a sua obra não pode ser considerada meramente neurológica mas autenticamente de um professor de Neurologia e Psiquiatria. Um dos seus primeiros trabalhos publicados em 1886 é *Visite Psychiatrique à la Colonie de Gheel*[4]. É dedicado a Magnan. Lemos publicou este trabalho sobre a sua visita à célebre colónia, que teve lugar em Agosto de 1884, quando tinha uma população de 1674 doentes. Resume brevemente a história bem antiga de Gheel, considerada sob protecção divina e com tratamento conduzido por religiosos, para depois considerar que só em 1825 é que a reforma de Pinel, finalmente propagada na Bélgica por Guislain[5], abriu uma nova era no modo de encarar os doentes mentais. E acrescenta que após terem sido elevados à dignidade de doentes, todos os países da Europa, com excepção de Portugal, enviavam alienistas a Gheel para estudar o novo método, porque significava a aplicação mais lata, da influência de certos meios higiénicos, do ar livre e da vida de família, assim guindados à condição de um autêntico sistema terapêutico – a colonização dos alienados. Ora se havia quem considerasse Gheel o paraíso dos alienados,

---

[1] FERNANDES, H. Barahona. – "Relações da neurologia com a psiquiatria na obra de Magalhães Lemos". Portugal Médico. nº 40:1 (1956), pp.1-12.
[2] LEMOS, A. Magalhães. – "Perte de la vision mentale des objets dans la mélancolie anxieuse". Porto: Imprensa Portuguesa, 1906; LEMOS, A. Magalhães – "Évolution des idées délirantes dans quelques cas de mélancolie chronique à forme anxieuse". Porto: Oficina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferrreira, 1903. Communication au XIV Congrès International de Médecine.
[3] FERNANDES, H. Barahona – "Relações da neurologia com a psiquiatria na obra de Magalhães Lemos". Portugal Médico. Vol. XL, nº 1 (1956), pp.1-12.
[4] LEMOS, A. Magalhães – Visite Psychiatrique à la Colonie de Gheel. Porto: Typographia Occidental, 1886.
[5] Magalhães Lemos refere-se a Joseph Guislain, a mais importante figura da psiquiatria na Bélgica no século XIX, um reformador que introduziu métodos mais humanitários nos hospitais e autor de um tratado sobre as doenças mentais.

também havia quem o olhasse da pior maneira, o que terá levado Lemos, acabando de visitar os principais asilos da Alemanha, Dinamarca, Suécia e Bélgica na companhia de Magnan, e por conselho deste, a estudar Gheel no próprio terreno. Lemos divide a sua análise distinguindo a enfermaria, que é um pequeno hospital, da colónia propriamente dita. Na enfermaria os doentes estão repartidos em agitados, semi-agitados, tranquilos e "gatistas"; naquela altura havia 24 homens e 28 mulheres. Em cada secção havia ainda uma sala para os atingidos por doenças intercorrentes e células de isolamento. O pessoal médico consistia em dois médicos inspectores e três médicos adjuntos, e havia três empregados por secção. Os médicos inspectores possuíam a direcção médica, higiénica e disciplinar, e Lemos anota que existia certa confusão na distribuição dos doentes. O primeiro defeito que assinala é o emprego abusivo de meios de contenção, mostrando-se partidário do *non-restraint*[1], aliás como o seu mestre Magnan e estabelece comparação com Saint-Anne e os asilos na Alemanha onde não vira qualquer camisa-de-forças. A vigilância sobre os doentes parece-lhe muito precária e considera que é a insuficiência de pessoal que força os médicos ao recurso frequente e abusivo ao *restraint*; por outro lado acha as condições higiénicas boas, tal como a alimentação.

Todos os doentes são admitidos seja qual for a nacionalidade, religião ou posição social, excepto se precisarem continuamente de meios coercivos, se forem alienados suicidas, homicidas ou incendiários, que se evadam frequentemente ou cuja doença tenha características perturbadoras da tranquilidade ou fira a moral pública. A admissão dos doentes é feita por um comité formado por médicos da colónia, o juiz de paz do Cantão e o seu secretário que reúne uma vez por semana. Quanto aos doentes agitados a sua instalação é feita geralmente nas casas exteriores e mais isoladas do centro, que merece a concordância de Lemos, que no entanto acha que a classificação nosológica deveria ter uma maior importância na colocação dos pacientes. Considera também que os pequenos idiotas e os imbecis, muito numerosos e que estão espalhados pela colónia deveriam estar colocados na proximidade duma boa escola primária como há em Gheel, podendo beneficiar duma educação física e

[1] Ao contrário de Júlio de Mattos, que nunca defendeu o "non-restraint". Lemos escreve que os únicos alienistas que em Paris adoptam o sistema do non-restraint, preconizado por Connoly, são Magnan e Bouchereau. Ver LEMOS, A. Magalhães – "Nota sobre a organização do serviço medico nos asylos de alienados de Paris". In SENNA, António Maria de – Relatório do Serviço Médico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira, relativo ao primeiro biénio (1883-1885). Porto: Typographia Occidental, 1887. p. 208. Gustave Bouchereau foi colega e amigo de Magnan em Sainte-Anne.

intelectual apropriadamente dirigida como vira em Bicêtre no serviço de Bourneville[1], numa abordagem que lhe parece mais natural e mais médica. Por outro lado parece-lhe também lógico reunir os epilepticos num terreno plano e sem poços e canais, considerando ainda que o tratamento da epilepsia é completamente negligenciado, apesar de já existirem meios eficazes de tratamento.

Quanto à Colónia, visitou duzentas casas, viu doentes de todas as categorias, de diversas origens sociais e observou-os nas refeições, a trabalhar, a passear, no teatro, no cabaret e na igreja. Mostra-se impressionado por ter visto um doente francamente alucinado cujo comportamento ameaçador para com interlocutores imaginários não perturbava a tranquilidade e a ordem da casa. Quando Lemos exprimiu preocupação e sugeriu precauções, responderam-lhe com tranquilidade que nunca houve problema e que o alienado respeitava-os e obedecia como as crianças que brincavam ao seu lado[2].

Quanto à nosologia, afirma ter observado a paralisia geral, a demência senil, a epilepsia, o alcoolismo, o delírio crónico e casos de idiotia. Curiosamente o delírio crónico não foi diagnosticado em nenhum doente, os médicos de Gheel não conhecem esta forma nosológica e classificam os pacientes que a apresentam com os nomes de megalómanos, monomaníacos religiosos e perseguidos, acrescentando que Magnan pode dizer quanto ao delírio crónico o que Charcot dizia acerca das crises de grande histeria, ou seja quem não conhece não distingue e que o delírio crónico na sua forma típica já constituía uma entidade nosológica clássica[3].

No capítulo da etiologia, e nos registos de um ano, encontra as causas morais, alcoólicas, físicas, hereditárias e em maior número as desconhecidas, mas vai analisar o facto de não estar registado um único caso de etiologia sifilítica. E relembra a recente discussão num Congresso recente em Copenhaga, onde os médicos escandinavos defendiam a origem sifilítica da paralisia geral, com discordância de alguns (entre eles Lemos) que consideravam que o alcoolismo se encontrava mais presente que a sífilis, nos antecedentes dos paralíticos e após intervenção de Magnan, saiu reforçada a tese oposta à escandinava. Concluindo, Lemos considera que se estabeleceu que a sífilis não podia criar a verdadeira paralisia geral,

[1] Lemos referira na mesma nota que em Bicêtre, graças a Bourneville, existiam os ateliers mais bem organizados que vira em Paris. Ver LEMOS, A. Magalhães – "Nota sobre a organização do serviço medico nos asylos de alienados de Paris", 1887. pp. 203-219.

[2] LEMOS, A. Magalhães – Visite Psychiatrique à la Colonie de Gheel. Porto: Typographia Occidental, 1886. pp. 23-24.

[3] Ver: "Le délire chronique à evolution systématique". In MAGNAN, V. – Leçons cliniques sur les maladies mentales faites à l'asile clinique (Sainte-Anne). Paris: F. Alcan, 1897. pp. 13-35.

anatomicamente caracterizada pela encefalite difusa e definida clinicamente pelo enfraquecimento da inteligência com perturbações sensitivo-motoras. A sífilis deveria ser encarada como tendo na etiologia da paralisia geral o mesmo papel que Charcot lhe atribuía na etiologia da tabes, um papel inespecífico. O contrário da opinião de Fournier[1], o médico que desde sempre, corajosamente, defendeu a etiologia sifilítica da tabes e da paralisia geral.

Quanto ao tratamento, o nosso alienista resume assim a instalação do paciente na colónia, numa família: submete-se o doente ao conjunto de influências físicas, psíquicas e afectivas que cercam o habitante de Gheel e onde vive (meio cósmico, social e familiar). O alienado torna-se um dos membros da família, partilhando com ele afeições e ocupações, tem um lugar à mesa e contam com ele para o trabalho. A verdade é que, pobre ou rico, serventes ou hospedeiros, o habitante de Gheel gosta do seu doente, dá-lhe a sua afeição como a um familiar, dá-lhe certa liberdade, procura distraí-lo e estimula-o a trabalhar, dando-lhe uma pequena retribuição semanal[2]. O trabalho agrícola é para Lemos um dos agentes terapêuticos mais eficazes e por isso todos os estabelecimentos bem organizados fizeram aquisições de terrenos. Mas acrescenta que deve obedecer a uma prescrição médica, tal como a ginástica, a hidroterapia, a electroterapia, qualquer medicação. Ora o defeito capital na colónia é a falta de assistência médica, abstenção terapêutica[3]. Rejeita por outro lado a ideia de que na colónia se tratam mal os alienados, pois o habitante de Gheel é em geral afectuoso, bom e paternal para com os seus doentes. Também as evasões são raras, não mais de quatro por ano, o que reforçou a sua ideia de que "a liberdade dada aos doentes, faz diminuir a tendência para se evadirem que acontece nos asilos fechados"[4]. Os meios de contenção não são tão frequentes como por vezes se ouve dizer e muitas famílias adoptam mesmo o sistema do *non restraint.* O relativo abuso do *restraint* parece-lhe pois um defeito muito secundário, relativamente ao abandono médico em que vive o doente, acrescentando que é ainda menos humano deixar os epilepticos sem brometo de potássio. Viam-se na colónia, doentes sem fazer hidroterapia ou usar fármacos. Na análise de conjunto acha que Gheel não é um paraíso dos alienados e discorda que os asilos devam desaparecer para dar lugar às colónias. Se os antigos asilos com o tratamento primitivo devem desaparecer, não é para serem substituídos por casas de campo

---

[1] Jean-Alfred Fournier, renomado especialista de sifiligrafia defendia desde 1875 a ligação entre a sífilis e a tabes e desde 1879 entre a sífilis e a paralisia geral, com discordância quase generalizada dos alienistas.Ver QUÉTEL, C. – Le mal de Naples. Paris: Seghers, 1986.

[2] LEMOS, A. Magalhães – Visite Psychiatrique à la Colonie de Gheel. Porto: Typographia Occidental, 1886. pp. 30-32.

[3] Idem, Ibidem, p. 34.

[4] Idem, Ibidem, pp. 35-36.

onde os doentes seriam recebidos por famílias, ou que deva mudar a sua família e a sua casa. Reconhece as vantagens de isolar os doentes da família, de os fazer sair da atmosfera psíquica onde o delírio se desenvolveu e da importância do trabalho e da vida ao ar livre, mas acha que tudo isso se pode realizar nos novos asilos com colónias anexas[1], permitindo as visitas do médico aos doentes que o necessitem, designando os doentes que possam ir para os ateliers ou para a colónia. E definir os que devem estar na enfermaria e os que podem estar na colónia em pavilhões especiais e assim estabelecer um encaminhamento de doentes que evite a aglomeração no asilo. É pois em estabelecimentos deste tipo, onde haja assistência médica, os recursos dos asilos e as vantagens higiénicas das colónias que os doentes encontram as melhores condições possíveis. E é com este modelo que Lemos acaba propondo a aquisição de terrenos na vizinhança do Hospital do Conde de Ferreira para aí estabelecer uma colónia[2].

Lemos escreveu uma já referida “Nota sobre a organização do serviço médico nos asilos de alienados de Paris” em 1887[3], integrado no Relatório de António Maria de Sena, que se pode ligar ao trabalho sobre Gheel. Em 1890 publicou a *Lição de Abertura do Curso Clínico de Doenças Mentais e Nervosas*[4]. Este curso livre teve lugar no Hospital do Conde de Ferreira no Porto, começando por homenagear Magnan, a quem prometera, quatro anos antes, abrir um curso clínico de doenças mentais e nervosas, logo que voltasse a Portugal, para tentar preencher a lacuna grave pelo atraso do ensino das matérias. Dois métodos presidiriam, na sua opinião, ao exercício da prática em medicina: o empírico e o anátomo-clinico. O primeiro é totalmente desvalorizado, porque falho de cientificidade, confuso, sem critérios definidos, sendo pelo contrário adoptado o segundo, pois que “observa no leito e na mesa da autópsia, presta culto igual à lesão e ao sintoma, aproxima estas duas ordens de factos, confronta-os, discute-os e interpreta-os”[5]. O método anatomo-clinico é que organizara a ciência em novos moldes, impelindo-a no caminho do progresso, permitindo a descoberta de novas doenças ou entidades mórbidas por grandes figuras como Laennec, Bouillaud, Duchenne, Charcot e Magnan, tanto na medicina geral, como na neurologia e na psiquiatria. O médico interpretava

---

[1] Idem, Ibidem, p.38.
[2] Idem, Ibidem, p.39. Este trabalho é na época uma descrição e discussão actualizada sobre as principais questões que se colocavam na organização dos hospitais e das colónias.
[3] LEMOS, A.Magalhães. – "Nota sobre a organização do serviço médico nos asilos de alienados de Paris”. In Relatório do Serviço Médico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira relativo ao primeiro biennio (1883-1885). Porto: Tipografia Occidental, 1887.
[4] LEMOS, A. Magalhães – Lição de Abertura do Curso Clínico de Doenças Mentaes e Nervosas feito no Hospital do Conde de Ferreira. Porto: Typographia Occidental, 1890.
[5] LEMOS, A. Magalhães, Ibidem, p.11.

os sintomas que fosse descobrindo à luz da anatomia e da fisiologia e tinha pois de "pensar, ao mesmo tempo, clinicamente, fisiologicamente e anatomicamente"[1].

Assim, as neuroses e as psicoses podiam apresentar sintomas idênticos aos das doenças por lesões cerebrais grosseiras, dá exemplos a propósito da histeria e da fase letárgica do hipnotismo. Ora se os centros nervosos reagem na doença segundo as suas aptidões funcionais fisiológicas, a analogia sintomática suporia fatalmente a analogia da sede anatómica; por isso, fiel a Charcot, Lemos pode dizer que é obrigado a localizar a lesão dinâmica da histeria e da neurose hipnótica nos mesmos pontos, nas mesmas regiões cerebrais, onde o microscópio e a reação microquímica nos mostraram a lesão orgânica grosseira dos mesmos síndromes[2]. Conclui pois que os princípios biológicos que regem a patologia nervosa são aplicáveis ao vasto domínio das neuroses e psicoses e assim, de acordo com Charcot e Magnan, o caminho só pode ser o aprofundamento da observação clínica pensando anatómica e fisiologicamente. Descreve depois um caso clínico ilustrativo de uma paralisia facial, quer em termos semiológicos quer terapêuticos, mostrando a importância de pensar de acordo com a fisiologia e a anatomia.

Em 1907 e 1908 publicou respectivamente "Assistence des Aliénés en Portugal"[3] e "Note sur l'Assistance des Aliénés en Portugal"[4], dois trabalhos quase sobreponíveis, que importam pelo retrato sucinto mas objectivo da situação assistencial em Portugal pouco antes da República. Portugal tinha quatro estabelecimentos para alienados, dois públicos, o Hospital de Rilhafoles em Lisboa e o Hospital do Conde de Ferreira no Porto e dois privados – o Instituto dos irmãos de S. João de Deus, no Telhal, para homens; e o Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, na Idanha, para as mulheres. Todos os estabelecimentos recebiam pensionistas e indigentes. O Rilhafoles foi o primeiro inteiramente consagrado ao tratamento dos alienados, antes eram tratados no Hospital de S. José em Lisboa, citando o trabalho de G. Marchant de 1844[5]. A sua criação é de 1848 sendo uma adaptação de um velho edifício, vindo a sofrer várias modificações, aumentos e melhoramentos. O seu regulamento concedia-lhe uma certa autonomia entre os hospitais civis de Lisboa, sendo a administração e

---

[1] Idem, Ibidem, p.14.

[2] LEMOS, A. Magalhães – Lição de Abertura do Curso Clínico de Doenças Mentaes e Nervosas feito no Hospital do Conde de Ferreira, pp.20-21.

[3] LEMOS, A. Magalhães – "Assistence des Aliénés en Portugal". Publication de la revue de Psychiatrie et de Psychologie expérimentale. Porto: Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1907.

[4] LEMOS, A. Magalhães – "Note sur L'Assistence des Aliénés en Portugal". Communication au IIIeme Congrés Internationale de l'Assistence des Aliénés. Vienne, 1908.

[5] MARCHANT, G. –"Établissements d'aliénés. Note sur l'état des aliénés en Portugal, à Madère et à Ténériffe". Annales Médico-Psychologiques, Tome III, (1844), pp. 363-391.

direcção pertença de uma administração central, de nomeação governamental. Essa administração era composta pela chefia dum enfermeiro-mor, escolhido de entre os médicos mais renomados, por um adjunto e um secretário, e dirigia os serviços técnicos e económicos de todos esses hospitais. O serviço médico de Rilhafoles era assegurado por dois médicos: Miguel Bombarda, o director, na divisão masculina, e Caetano Beirão, médico externo, na divisão feminina, e no serviço de cirurgia estava Alfredo Schultz. Recebia doentes de ambos os sexos, indigentes e pensionistas, sendo a média da população hospitalizada de 1903 a 1904 de 758,4 doentes. A organização interna era semelhante à do Hospital do Conde de Ferreira, a admissão voluntária ou administrativa, e a saída, obedeciam às mesmas formalidades. O Hospital do Conde de Ferreira, devida a uma doação deste cidadão, foi inaugurado em 1883, vasto edifício com quatro alas e dois pavilhões, rodeados de jardins. Depois, surgiram algumas dependências como oficinas, tipografia, cozinha, rouparia, laboratório e atelier fotográfico, etc. Menciona um pavilhão há pouco existente, para observação médico-legal de criminosos suspeitos de alienação, sendo que qualquer internamento definitivo era feito no asilo de Rilhafoles, no pavilhão de segurança.

O Hospital do Conde de Ferreira dependia da Misericórdia do Porto, sendo um estabelecimento autónomo e privado, pela proveniência do seu orçamento e ausência de intervenção da autoridade administrativa, mas na realidade desempenhando funções de asilo público. Albergava uma população de 520 doentes, dos dois sexos e recebia pensionistas e indigentes, nacionais e estrangeiros, estando quase sempre superlotado. Os indigentes eram obrigados a esperar um, dois e mesmo três anos depois do pedido de admissão. O pessoal médico, nomeado por uma comissão da Misericórdia, após concurso documental, compreendia um médico-diretor, na altura, Júlio de Matos, um médico adjunto, Magalhães Lemos, três médicos chefes, Costa Ribeiro, Lemos Peixoto e Forbes Costa e dois médicos supranumerários, Cardoso e Silva e José de Magalhães. O médico diretor e o adjunto residiam numa dependência hospitalar, sendo os outros externos. O adjunto era de acordo com o regulamento responsável por um serviço, tal como os outros médicos por salas que lhes eram atribuídas. A população de 520 doentes era pois cuidada por cinco médicos chefes ajudados por dois médicos suplementares. Acrescentava que apenas havia acidentalmente estudantes de medicina que participavam na visita médica e que procuravam temas para a sua tese. Três vezes por semana efetuava-se uma consulta externa para doenças mentais e nervosas feita pelos médicos internos. A admissão, nas duas modalidades e a alta faziam-se de acordo com o

regulamento do hospital, aproximadamente decalcado neste tema da lei francesa de 1838[1]. Lemos nota que se utilizavam largamente as licenças ou saídas de ensaio, que considera uma excelente medida, de grande utilidade e em caso de recaída, podiam ser reintegrados sem qualquer formalidade. Mencionava também a criação no hospital de uma caixa especial de beneficência, destinada a ajudar após a saída dos doentes curados, mas pobres e sem protecção, acrescentando que embora de maneira imperfeita, a medida substituía as sociedades de defesa ou ajuda aos alienados pobres que não existiam em Portugal. O pessoal de enfermagem era laico, continuava Lemos, recebia uma instrução elementar através de cursos dados no hospital por um dos médicos suplementares. Em cada divisão existiam 7 enfermeiros ou enfermeiras, 3 adjuntos e 25 vigilantes, homens ou mulheres. Havia um Fiscal ou supervisor que zelava pela execução das regras e das prescrições médicas, assegurando o serviço e a vigilância do hospital. O sistema de iluminação existente era a gaz, esperando-se a substituição pela eletricidade, e salientava que a falta de caloríferos se fazia sentir no inverno. Apesar de as galerias serem cobertas, os doentes podiam passar o dia ao ar livre, nos jardins que circundavam o asilo e um concerto instrumental tinha lugar todas as quinzenas no hospital.

O Instituto dos irmãos de São João de Deus foi criado em 1883, exclusivamente para homens, situado no Telhal, a 15 km de Lisboa, ocupando uma vasta propriedade. Recebia pensionistas de quatro classes e indigentes. Hospitalizava no momento 84 doente (sendo 60 indigentes), mas podia receber 100. O Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, também ligado à mesma organização, obra de Frei Bento Menni, situa-se na Idanha. Destinado às mulheres, albergava 23 pensionistas, de quatro classes, e 75 indigentes, mas possuía 150 camas[2]. No Funchal, na ilha da Madeira, por iniciativa privada acabara de ser inaugurado o Manicómio Camara Pestana, albergando com dificuldade 22 doentes, homens e mulheres, pensionistas e indigentes.

Lemos menciona ainda duas casas de saúde particulares, recebendo alienados, uma no Porto, outra em Lisboa, sendo atendidos uma média de 20 doentes por dia.

Calcula pois que haja 1460 alienados hospitalizados nos quatro estabelecimentos destinados ao seu tratamento[3]. Ultrapassando a população portuguesa os cinco milhões de habitantes,

[1] A Lei francesa de 30 de Junho de 1838, da autoria de Esquirol, foi durante muito tempo considerada uma referência fundamental, sendo muito citada e influenciou numerosas legislações em diversos países e também em Portugal. Júlio de Matos refere-a por várias vezes elogiosamente.

[2] O serviço médico dos Institutos estava a cargo de Rodolpho da Silva Telles.

[3] LEMOS, A. Magalhães – Assistence des Aliénés en Portugal. Porto: Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1907. pp. 12-13.

calcula que haveria provavelmente mais de 12000 alienados. A proporção dos internados seria pois de 12,1 por 100, os restantes estavam em liberdade. Para atender ao perigo social resultante, segundo Lemos, já António Sena tinha conseguido que as Cortes portuguesas decretassem em 4 de Julho de 1889 a lei de beneficência pública dos alienados[1].

Ora o governo português, acrescenta Lemos, que cuidadosamente recolhe desde há 16 anos o dinheiro para a assistência dos doentes, "esqueceu até à presente data de os destinar à sua finalidade legal"[2]. Esta situação é assim frontalmente denunciada pelo médico, que também menciona que não se pensa na criação de colónias familiares para dementes e crónicos inofensivos, medida que ajudaria à desacumulação dos dois asilos existentes, e também contribuía para a resolução económica do grave problema médico e social existente.

No pequeno trabalho de 1908, espécie de resumo do anterior, o autor enfatiza que a assistência psiquiátrica deixa muito a desejar, que não existe colonização e assistência familiar e a demora nas admissões levaria à incurabilidade dos doentes, abandonados ou contidos numa prisão provincial. Reitera a denúncia do desvio dos impostos destinados aos alienados para outros fins, feito pelo governo, durante 19 anos, "com desprezo da lei e da humanidade"[3].

Em 1912[4] publica a *Lição de Abertura Curso de Psiquiatria*, no Hospital do Conde de Ferreira. Trata-se de um texto fundamental para perceber o pensamento de Magalhães Lemos, nomeadamente as relações entre neurologia, psiquiatria e psicologia. Historiando brevemente, o autor diz que a psicologia e a neurologia andaram totalmente divorciadas por longo tempo; os psicólogos ocupavam-se de assuntos como a natureza da alma, as suas faculdades e sua essência e os clínicos conhecendo mal os fenómenos da patologia cerebral, não ousavam invadir domínios aparentemente vedados. Mas considera que "a psicologia se foi emancipando pouco a pouco do jugo metafísico que a enleava"[5] e os clínicos mais bem preparados no conhecimento dos fenómenos, começaram a invadir o domínio da psicologia. A

[1] Proposta de lei sobre a organização do serviço de alienados apresentada na Camara dos Deputados pelo Presidente do Conselho e Ministro do Reino José Luciano de Castro em 1888 e aprovada em 1889, em que António Maria de Sena teve grande influência, aliás reconhecida por José Luciano que classificou Sena como benemérito da ciência e da caridade. A proposta acabou por ficar conhecida como Lei Sena. Ver Relatório e Proposta de Lei para a Organização da Hospitalização dos Alienados. A Medicina Contemporânea. nº 23, (1888), pp. 181-184; nº25, pp. 198-199.

[2] LEMOS, A. Magalhães – Assistence des Aliénés en Portugal. Porto: Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1907. p. 14.

[3] LEMOS, A. Magalhães – "Note sur L'Assistence des Aliénés en Portugal". Communication au IIIeme Congrés Internationale de l'Assistence des Aliénés. Vienne, 1908. p. 12.

[4] LEMOS, A. Magalhães – Curso de Psychiatria. Lição de abertura. Relações da Psychologia com a Neurologia. Porto: Oficina Tipografica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1912.

[5] LEMOS, A. Magalhães, Ibidem, p.6.

associação íntima entre psicologia e neurobiologia parece-lhe dever contribuir para o progresso mútuo destas ciências. É curiosa, mas significativa, a maneira como Lemos exemplifica as vantagens: "o psicólogo, aprendendo como as ideias delirantes evolucionam em certos casos de loucura sistematizada perceberá melhor até onde vai a filiação dos actos psíquicos, ou sabendo o que é a perda da visão mental dos objectos, perceberá a existência de memórias parciais e pode conceber melhor a constituição da memória; e os clínicos, mais familiarizados com a psicologia, podem examinar os fenómenos patológicos mais completamente e interpretá-los com mais exactidão[1]". Ou seja, Lemos reconhece a importância da psicologia, mas encara-a principalmente na sua vertente fisiológica, ligada à medicina e à (psico) patologia.

Dessa aproximação, escreve Lemos, foi nascendo uma nova ciência, a psicologia experimental ou fisiológica, que tal como Ribot[2] defende, estuda os fenómenos do espírito segundo o método das ciências naturais, independentemente de qualquer hipótese metafísica. E, numa asserção muito característica do programa naturalista reconhece que essa nova ciência é ao mesmo tempo subjectiva e objectiva, ou ideológica e biológica. Assim, na sua qualidade de ciência ideológica serve-se da observação interior da introspeção; como ciência biológica apoia-se na anatomia, na fisiologia e na patologia do sistema nervoso. Mas Lemos confessa depois que na sua opinião a psicologia tem de se apoiar o mais possível na neurobiologia e deve esforçar-se em tirar partido da existência dos campos estruturais do cérebro, que são os seus verdadeiros órgãos elementares, possuindo funções específicas. E acrescenta num parágrafo importante que clarifica a sua proximidade da escola francesa, "que em psiquiatria como em neurologia se devem evitar as teorizações excessivas e as esquematizações, e desconfiar das vastas sínteses para que a ciência ainda não estava preparada"[3], que podendo ser brilhantes, podem estar em oposição clara com a observação clínica. E dá como exemplo a história da paranoia e da demência precoce em psiquiatria e a história da afasia em neurologia. Esta fidelidade à clínica e à observação é assim para ele o único caminho, lento mas seguro, só sendo possível avançar se a observação clínica o permitir. Menciona criticamente alguns observadores que duvidam dos novos conhecimentos psicológicos, só reconhecendo foros de ciência à neurobiologia e achando que ela deve absorver a psicologia.

---

[1] LEMOS, A. Magalhães, Ibidem, p. 6.
[2] Ver RIBOT, T. – La Psychologie Anglaise Contemporaine. Paris: Felix Alcan, 1887.
[3] LEMOS, A. Magalhães – Curso de Psychiatria. Lição de abertura. Relações da Psychologia com a Neurologia, p. 7.

Pelo contrário, autores como August Forel e Oskar Vogt[1] tinham vindo a defender a exactidão dos factos psicológicos. O autor examina depois a estrutura e as funções do córtex de acordo com vários autores, e depois das fibras de projecção sobre o córtex. Termina o trabalho, de que só se analisa a parte geral, concluindo que o trabalho do nosso cérebro como instrumento do pensamento se reduz a fazer imagens mentais, derivadas dos resíduos das sensações percebidas pelas células do córtex, e principalmente a associar estas imagens, sendo o seu trabalho fundamental a associação, como demonstrado pelos psicólogos ingleses Hartley, J.Mill, J.Stuart Mill, Herbert Spencer, por isso considerados *associacionistas*. E assim, conclui que "com a elaboração das imagens como fenómeno psicológico elementar e primitivo e com a associação destas imagens como processo psicológico complexo e secundário, o nosso cérebro constrói toda a vida psíquica"[2].

Em 1925 publica no I Centenário da Régia Escola de Cirurgia *A Psiquiatria e a Neurologia no Porto. História e estado actual do seu ensino* [3]. Esta publicação, para além da notícia histórica, detalha em que consistia o ensino psiquiátrico e neurológico e junta depois uma bibliografia portuense destes ramos médicos, por autores de algumas teses que salienta, de trabalhos feitos no Hospital de Santo António por Tiago de Almeida e seus alunos e ainda trabalhos de outras proveniências. O tom simples, feito de objectividade e rigor é digno de nota, designando o conjunto dos seus próprios trabalhos como "do signatário, actual médico director".

Magalhães Lemos foi publicando simultaneamente trabalhos de feição neurológica de que dado o âmbito deste trabalho, apenas mencionaremos um pequeno número que de algum modo se correlacionam com os temas psiquiátricos que vimos discutindo. A dissertação de concurso à Escola Médico-cirúrgica do Porto em 1889[4] sobre *A Paralisia Geral* era um

[1] Magalhães Lemos apresentou um relatório à Faculdade de Medicina do Porto para ser conferido o título de Professor honorário a Oskar Vogt em 1924. Ver LEMOS, A. Magalhães – Relatorio apresentado à Faculdade de Medicina do Porto para ser conferido o título de seu professor honorário ao Prof Dr. Oskar Vogt de Berlim. Porto: Oficina Tipográfica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1924. pp. 1-14. Além de salientar a importância dos trabalhos de Vogt sobre anatomia e arquitectura cerebral é realçado o facto de se dedicar à psicanálise e à psicoterapia, referindo dois trabalhos, um contra o espiritismo e outro contra Babinski, por considerar que a emoção pode produzir de modo directo todos os acidentes histéricos.

[2] LEMOS, A. Magalhães – Curso de Psychiatria. Lição de abertura. Relações da Psychologia com a Neurologia, p. 21.

[3] LEMOS, A. Magalhães – A Psiquiatria e a Neurologia no Porto. História e estado actual do seu ensino. Porto: Emp. Indust. Grafica do Porto, 1925.

[4] LEMOS, A. Magalhães – A Paralysia Geral. Contribuição ao Estudo da sua Histologia e Physiologia Pathologica. Dissertação de Concurso à Escola Médico-Cirúrgica do Porto. Porto: Typographia Occidental, 1889.

assunto caro a Lemos, que explica na introdução que parte destes trabalhos foi feito no laboratório de Magnan e sob a sua direcção. Cabe aos médicos franceses, diz Lemos,
a honra de "abrir os trabalhos deste século pela constituição nosográfica da paralisia geral; a descoberta da psiquiatria moderna que fez rejubilar a escola somática"[1]. Nesta altura a doença não tinha limites bem definidos e Lemos manteve sempre reservas quanto à exclusiva origem luética da doença, defendendo outras causas orgânicas como o alcoolismo.
Outro dos trabalhos importantes é um estudo sobre a epilepsia sintomática das neoplasias corticais[2]. Começa por referir que a epilepsia, durante muito tempo considerada como o protótipo das doenças essenciais, não conta mais senão como um síndrome que pode surgir no decurso e como consequência de numerosos estados patológicos. Faz na introdução uma síntese importante, afirmando que o estudo da epilepsia foi renovado em todos os sentidos e várias descobertas saíram de memoráveis pesquisas anátomo-clínicas e experimentais. A fidelidade de Lemos ao modelo anátomo-patológico e à clínica, permitiram-lhe integrar naturalmente os trabalhos mais especificamente neurológicos sem fazer demasiado uso das ideias de degenerescência correntes, a propósito da epilepsia e suas correlações psiquiátricas. Afirma pois que… "A epilepsia é uma doença da substancia cinzenta do encéfalo" não havendo dúvida que se trata sobretudo e antes de tudo de uma afeção irritativa do córtex cerebral, capaz de perturbar, directa ou indirectamente, sob forma de paroxismos as funções dos centros psico-motores[3]. Neste trabalho mostra conhecer bem o estudo magistral feito por Hughlings Jackson[4], sobre os modos de início das crises - a aura, considerada como eco exterior de um processo central, primeira expressão do fenómeno da dinâmica molecular paroxística operada no cérebro.
Noutro trabalho, *Hallucinations unilatérales de l'ouïe* (1911)[5], que passou a ser muito citado[6], tem entre outros méritos, o de analisar o fenómeno da alucinação, defendendo a teoria

[1] Referencia a A. L. BAYLE, que descreveu com o nome de "Arachnitis Chronique" na sua tese de medecina em 1822, as alterações patológicas do que então se chamava "paralisia geral do alienado". Ver BERRIOS, G. – The History of Mental Symptoms. Cambridge: Cambridge University Press, 1996, pp.176-177.
[2] LEMOS, A. Magalhães – "Contribution à l'étude de l'épilepsie symptomatique des neoplasies corticales".Paris: Extrait de La Nouvelle Iconographie de La Salpêtrière (1898), pp.1-14.
[3] Idem, Ibidem, p. 1.
[4] Idem, Ibidem, p.10. Hughlings Jackson é considerado o criador da "moderna epileptologia", com trabalhos que revolucionaram os estudos da epilepsia, partindo do estudo das crises focais, até aí negligenciadas. Ver *Epilepsy through the ages*. An anthology of classic writings on epilepsy. Editor Nicolas Arts.Van Zuiden Communications, 2001. pp. 199-205.
[5] LEMOS, A. Magalhães – Hallucinations unilatérales de l'ouïe. Porto: Officina Typographica do Manicomio do Conde de Ferreira, 1911.
[6] Citado, por exemplo, em MOURGUE, R. – Neurobiologie de l'Hallucination. Bruxelles: Maurice Lamertin,1932. p. 373.

anátomo-fisiológica de Tamburini[1], que se devia harmonizar com a teoria psicológica proposta por Séglas[2], podendo pois completarem-se uma à outra.

Numa interessante nota de rodapé, enfatiza que a associação de ataques epilepticos com alucinações auditivas constitui, depois das perturbações de afasia sensorial, a manifestação clínica mais característica das lesões dos lobos temporais[3]. Barahona Fernandes, que analisa trabalhos de Lemos sobre as afasias, considera que o autor as analisa de "forma clássica, atomista e localizadora, mas tende a correlacionar os desvios do comportamento do doente nas diferentes situações"[4]. Em vários trabalhos tende sempre a "transpor para o raciocinar psiquiátrico os métodos, cristalinamente lógicos, do pensar neurológico clássico"[5]. E é pela fidelidade a essa tradição que Egas Moniz o elogia também[6], levando a cabo uma síntese de alguns dos seus mais importantes trabalhos, desde a dissertação inaugural sobre localizações motoras cerebrais, por ter enveredado ousadamente pelo caminho anátomo-patológico, e lembra outros trabalhos que mostram o seu interesse no estudo das localizações sensitivas no córtex cerebral, e outros sobre as afasias e sobre a caimbra dos cigarreiros que lhe parecem importantes, ou outro trabalho sobre gigantismo, infantilismo e acromegalia[7].

Barahona Fernandes resume o conjunto da sua obra, dizendo que "se manteve fiel à orientação anátomo-clínica, que, com a bacteriologia e a experimentação fisiológica, constituíram a base mais solida do progresso da medicina do seculo XIX"[8]. Afirma no entanto, ter como limitação, o ser excessivamente atomista e mecanicista, reconhecendo a exactidão dos factos psicológicos, mas acentuando sobretudo a face neurobiológica[9].

---

[1] Lemos (1911) considera a "teoria clássica e genial" de Tamburini, indicando a excitação dos centros sensoriais corticais como causa fundamental das alucinações sensoriais, mas que deve ser completada com a teoria psicológica de Séglas, que explica casos complexos, incompreensíveis na teoria anatomofisiológica. Ver "Tamburini and the sensory hypothesis". In BERRIOS, G.E – The History of Mental Symptoms. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. pp. 40-42.

[2] SÉGLAS, Jules – Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Salpêtrière 1887-1894). Paris: Asselin et Houzeau, 1895.

[3]LEMOS, A. Magalhães – Hallucinations unilatérales de l'ouïe. Porto: Officina Typographica do Manicomio do Conde de Ferreira, 1911. p. 62.

[4] FERNANDES, H. Barahona – "Relações da neurologia com a psiquiatria na obra de Magalhães Lemos". Portugal Médico. Vol. XL, nº 1 (1956), pp. 7-8.

[5] Idem, Ibidem, p.11.

[6] MONIZ, Egas – In Homenagem ao Prof. Magalhães Lemos. Porto. Emp. Indust. Gráfica do Porto, 1927. pp. 69-82.

[7] Idem, Ibidem, pp.69-82.

[8] FERNANDES, H. Barahona – "Prof. Magalhães Lemos". O Médico. Nova série. vol. IV, nº 232 (1956), pp.129-137.

[9] Idem, Ibidem, pp.129-137.

3.5. JÚLIO XAVIER DE MATOS (1856-1922), o primado do ensino e da organização

Júlio Xavier de Matos nasceu no Porto em 1856 onde se diplomou pela Escola Médico-Cirúrgica e defendeu uma tese sobre alucinações[1], começando a trabalhar como médico adjunto do Hospital do Conde de Ferreira em 1883 após concurso. Em 1890, após falecimento de António Sena assumiu a direção do Hospital. Ainda foi nomeado professor de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Porto em 1911, mas acabou por se transferir para a Faculdade de Medicina de Lisboa no mesmo ano e também ter assumido a direção do manicómio de Rilhafoles[2]. Exerceu entre 1911-1914 funções de Reitor da Universidade de Lisboa.

Para além de ter publicado trabalhos sobre variados temas da especialidade, foi o grande tratadista da Psiquiatria portuguesa ao publicar *O Manual das Doenças Mentais* (1884) e *Os Elementos de Psiquiatria* (1911). Realce ainda para *A Loucura* (1889) traduzida e prefaciada por Lombroso para o italiano e *A Paranoia* (1898), além dos volumes *Os alienados nos tribunais* (1902,1903,1907). Traduziu e prefaciou *Criminologia* de Garofalo[3] e *A Superstição Socialista*[4] do mesmo autor e *Da Liberdade à Escravidão*[5] de Herbert Spencer. Destaque também para a direção, com Teófilo Braga, da revista *O Positivismo*[6], de grande importância para a história da ciência e da cultura portuguesas. Elaborou o projecto de lei sobre a Assistência aos Alienados em Portugal de 11 de Maio de 1911[7].

Júlio de Matos conta em 1904, como "ao batermos em 1875 às portas da escola de Medicina… já íamos animados de um intenso culto das ideias gerais"[8], e fala da exaltação intelectual que animava os seus melhores companheiros e o que sentiam pelas novas ideias, sendo os livros mais discutidos, ou de preços menos acessíveis, por vezes lidos em comum: "assim o foram na casa de Basílio Telles alguns volumes de Littré e de Bain, como na de João

---

[1] MATTOS, Júlio de – As Hallucinações. Porto: Imprensa Commercial, 1880.

[2] LEMOS, A. Magalhães – "Professor Júlio de Matos". In História do Ensino Médico no Porto. Suplemento coordenado por Hernâni Monteiro. Porto: Tipografia a Vapor da Enciclopédia Portuguesa, 1925. pp.87-94.

[3] GAROFALO, R. – Criminologia. Estudo sobre o Delito e a Repressão Penal. (versão Portuguesa e prefácio de Júlio de Matos). Lisboa: Livraria Clássica Editora. 4ª Ed, 1925.

[4] GAROFALO, R. – A Superstição Socialista (versão Portuguesa e prefácio de Júlio de Mattos). Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1904.

[5] SPENCER, Herbert – Da Liberdade à Escravidão. Tradução prefaciada por Júlio de Mattos. Lisboa. Livraria Clássica Editora de A.M. Teixeira, 1904.

[6] O POSITIVISMO – Revista publicada no Porto entre 1878 -1872, dirigida por Teófilo Braga e Júlio de Matos.

[7] Em "Assistência aos Alienados em Portugal" publicado em A Medicina Contemporanea, nº 19, 7 Maio de 1911, pp.145-152, divulga-se a legislação publicada pelo governo provisório sobre o tema.

[8] MATTOS, Júlio de – "Impressões". In Memoriam Sousa Martins. Lisboa: Oficina Typografica da Casa da Moeda, 1904. pp. 313-342.

Diogo e na minha os de Spencer, os de Haeckel e essa tão sugestiva e tão lúcida *Fisiologia do Espírito* de Maudsley"[1].

O Positivismo tinha feito o seu aparecimento na década de 1860, ocupando já uma posição dominante nos finais da década de setenta, década em que se inicia a influência de Herbert Spencer. Neste clima ideológico compreende-se que a construção duma psicologia tenha surgido como disciplina científico-natural a procurar romper com o ontologismo teológico/metafísico[2]. Apoiando-se em disciplinas em rápida progressão, como a biologia, a neuropatologia, a antropologia, criminologia, sociologia e pedagogia, os médicos alienistas atacavam as tradições aristotélicas /escolásticas.

Entre nós verificava-se a existência de um certo ecletismo científico, procurando-se com frequência compatibilizar o positivismo de Comte e Littré, o darwinismo, o evolucionismo de Spencer, o monismo de Haeckel, o neolamarckismo.

Matos foi um positivista tendo confessado a Teófilo Braga, seu mentor espiritual, que a leitura de Augusto Comte o salvou de uma crise moral[3].

A correspondência de Matos para Teófilo Braga é preciosa, mostrando as dúvidas do jovem Júlio de Matos, ao dizer "estava eu naquele perigoso estado de espirito, muito vizinho da loucura, em que a dúvida absorve o pensamento de um modo completo; tinha perdido a fé no espiritualismo, que fora até então o meu director científico; o materialismo demolidor de Buchner parecia-me gratuito"[4]. Ao ser aconselhado por Teófilo a ler Comte, escreve "salvei-me. Tudo lhe devo"[5]. É necessário citar ainda Littré, Spencer, Darwin, Taine, Stuart Mill e Renan, para se ter ideia de como formou as suas ideias. Ainda antes de se formar em medicina, foi um dos fundadores da revista *O Positivismo* (1878/1882) que teve grande repercussão na cultura portuguesa, onde a sua colaboração se centra em temas gerais de natureza científica e filosófica sempre em defesa do seu ideário[6]. Foi o grande reformador da assistência psiquiátrica, nomeadamente na legislação de 1911.

---

[1] Idem, Ibidem, p.314.
[2] LIMA, Sílvio – "A Psicologia em Portugal". Biblos. (separata).Vol.XXV. Coimbra,1950.
[3] FERRÃO, A. – "Teófilo Braga e o Positivismo em Portugal" (com um núcleo de correspondência de Júlio de Matos para Teófilo Braga). Lisboa: Separata do boletim de segunda classe, volume XIX, da Academia das Ciências de Lisboa, 1935.
[4] Idem, Ibidem, p.37.
[5] Idem, Ibidem, p.37.
[6] Barahona Fernandes comenta que Matos "não ousou discordar de Comte e dar um lugar à Psicologia na classificação das Ciências,… mas desagradava-lhe a tendência dos positivistas ortodoxos de copiar certas formas teológicas no seu culto da humanidade… ficando mais próximo de Littré". FERNANDES, H. Barahona. – "Júlio de Matos — alienista filósofo". O Médico. Nova série, 331. Lisboa (1959), pp.3-25.

No terreno da epistemologia científica defenderá sempre a posição de "não podemos sair legitimamente da esfera da fenomenalidade….a relatividade é-nos imposta por todas as condições da nossa natureza"[1], considerando tanto o materialismo como o espiritualismo hipóteses inverificáveis e recusando reduzir o pensamento a mero resultante de fenómenos físico-químicos. Republicano desde a juventude, era ao contrário de Bombarda anti-socialista, declarando no prefácio do livro de Garofalo *A superstição Socialist*a que "o socialismo não passa de uma nova religião"[2].

Neste e noutros aspectos é principalmente ao ideário positivista que se vão ligar as correntes demoliberais e republicanas. Por um lado as ciências e a ideologia do cientismo gozavam de um prestígio generalizado, por outro lado as classes médias e largos sectores intelectuais acolheram estas ideias rejeitando quer o conservadorismo da aristocracia quer o revolucionarismo anarquista e socialista, aspirando sim a uma evolução na continuidade do liberalismo de 1820, uma espécie de "renovação iluminista, só tardiamente possível pela lenta hegemonização das relações sociais capitalistas*"*[3]. A crítica às instituições religiosas e políticas, conservadoras, monolíticas, consideradas responsáveis pelo atraso português, face aos países do norte e centro da Europa, era parcialmente justificável, conduzindo assim ao positivismo antiteológico e ao cientismo. Baseando-se no agnosticismo ontológico e fiel à lei dos três estados, defenderá a atitude liberal de tolerância e aceitação de liberdade de culto, da esfera privada do indivíduo, mas pronunciar-se-á contra o ensino religioso nas escolas e confiará que o estado positivo com o desenvolvimento das ciências levaria ao aparecimento de um mundo melhor e mais livre em que os homens já não necessitassem da religião.

Politicamente e de acordo com o ideário exposto e com o lema *Ordem e Progresso*, Júlio de Matos ousará no prefácio do livro de Garofalo, denunciar os inadaptados que se não terminam na loucura ou no crime "engrossam os batalhões do proletariado intelectual, agitadores das multidões proletárias, cultivando o ódio contra a sociedade proprietária e capitalista"[4].

---

[1] Citação de Littré feita por Júlio de Matos: MATTOS, Júlio de – As Hallucinações. Estudo Médico-Psycologico. (2ª edição augmentada). Porto: Imprensa Commercial, 1880. pp. 71-72.

[2] GAROFALO, R. – A Superstição Socialista (traduzida e prefaciada por Julio de Mattos). Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1904. p. XXVIII.

[3] CATROGA, F. –"Os Inícios do Positivismo em Portugal. O seu significado político-Social". Sep. Revista de História das Ideias. Coimbra. 1, (1977), p.105.

[4] GAROFALO, R. – A Superstição Socialista (traduzida e prefaciada por Julio de Mattos). Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1904. p. LXIII. Acrescenta que estes inadaptados reclamam um minucioso estudo, semelhante ao que em psiquiatria se fez para os "perseguidos-perseguidores".

Em 1878, Júlio de Matos em carta a Teófilo Braga refere que está a escrever um trabalho sobre a evolução em biologia[1], em que procura demonstrar que esta hipótese, mau grado a resistência que ao princípio lhe opôs Augusto Comte, deve ser acolhida pela filosofia positiva. Diz tentar justificar as críticas que Comte opôs a Lamarck, pois para este "havia uma força intrínseca, predeterminada e pré-estabelecida, um impulso inicial, como o mais importante factor na explicação do transformismo das espécies, isto é pura metafísica"[2]. A questão mudou de aspecto, acrescenta, depois dos trabalhos de Darwin, Wallace e Haeckel, e "creio que é impossível hoje a um positivista deixar de aceitar o transformismo como uma hipótese legítima"[3]. Com efeito o trabalho "Ensaio Sobre a Evolução em Biologia"[4] surge publicado na revista *O Positivismo* em três partes. Nele enfatiza o quanto seria ilegítimo um positivista contemporâneo que, desprezando as conquistas da ciência moderna, inteiramente favoráveis ao transformismo, persistisse em combater esta fertilíssima concepção biológica. E, na segunda parte escreve "a selecção natural é um facto inconsciente, o produto cego, mais nada, das condições físico-biológicas do nosso planeta. O princípio não representa mais, e é com a condição de não exceder estes limites que o aceita a ciência e portanto a Filosofia Positiva"[5].

No 4º volume da revista *O Positivismo*, é ainda Júlio de Matos que assina o obituário de Darwin, dando testemunho público "da mágoa que nos causou a perda desse belo espírito para o qual, mau grado as nossas dissidências em muitos dos seus pontos de vista filosóficos, nos atraia uma simpatia profunda"[6].

Em 1880, Júlio de Matos publica o primeiro volume da *Historia Natural Ilustrada*[7], que virá a ter 6 volumes, que parece escrito por um naturalista, e é, assevera no prefácio, uma compilação racional de quanto sobre o assunto se tem escrito por sábios como Brehm, Buffon, Figuier, Milne Edwards, e destinado a preencher uma necessidade urgente: o ensino das coisas naturais. E acrescenta que dos novos trabalhos da escola transformista ressaltam princípios e teses que são já aquisições indiscutíveis da ciência, fazendo deles a exposição

---

[1] FERRÃO, A. – Teófilo Braga e o Positivismo em Portugal (com um núcleo de correspondência de Júlio de Matos para Teófilo Braga). Lisboa: Separata do boletim de segunda classe, Vol. XIX, da Academia das Ciencias de Lisboa, 1935. p. 65.

[2] FERRÃO, A. – Teófilo Braga e o Positivismo em Portugal (com um núcleo de correspondência de Júlio de Matos para Teófilo Braga). Lisboa: Separata do boletim de segunda classe, Vol. XIX, da Academia das Ciencias de Lisboa, 1935, p.66.

[3] Idem,Ibidem, p.66.

[4] MATTOS, Júlio de – "Ensaio Sobre a Evolução em Biologia". O Positivismo, Vol. I. Porto, (1878-1879), pp. 94-101; 208-212; 291-294.

[5] MATTOS, Júlio de – "Ensaio Sobre a Evolução em Biologia". O Positivismo, Vol. I. Porto, (1878-1879), p.211.

[6] MATTOS, Júlio de – "Carlos Darwin". O Positivismo, Vol.IV. Porto, (1882), p.180.

[7] MATTOS, Júlio de. – História Natural Ilustrada. Porto: Livraria Universal. 6 Vol., 1880-1882.

devida a doutrinas positivas e demonstradas, como é o caso dos "princípios da luta pela vida e da selecção natural, justamente considerados os mais seguros e os mais fecundos da história natural moderna"[1]. Mais à frente e a propósito da questão da origem do homem mostra que a escola evolucionista recorreu aos princípios da luta pela existência, da selecção natural, da adaptação e da hereditariedade, citando Haeckel, Quatrefages, Darwin e Spencer.

Júlio de Matos irá permanecer fiel ao seu programa, nomeadamente a defesa da integração dos princípios evolucionários darwinianos na filosofia positiva.

Gil Cremades[2] salienta a relação do positivismo com o republicanismo em Espanha e Portugal, lutando contra o ecletismo, que servia de base ao liberalismo doutrinário, e contra o catolicismo que comportava politicamente a defesa da monarquia. Considera depois que para apoiar essa projecção politica, a recepção do positivismo vai adaptar Comte, admitir o dinamismo de Darwin e reiterar o organicismo de Herbert Spencer e acrescentando que este processo terá sido mais consciente em Portugal[3], citando a revista *O Positivismo* e a obra de Teófilo Braga e Manuel Emídio Garcia.

Um ano depois de ter começado a trabalhar no Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, em 1884, Júlio de Matos teve a coragem de publicar o primeiro manual português de psiquiatria, *Manual das Doenças Mentais*[4]. Era então medico-adjunto do hospital, lembrando no prefácio não existir em Portugal literatura sobre o problema delicado e complexo da alienação mental e não existir ensino oficial da especialidade, nem sequer o ensino livre que poderia remediar a falta de um curso obrigatório de psiquiatria. O livro é dedicado a António Maria de Sena, professor de fisiologia da Faculdade de Medicina de Coimbra e Director Clínico do Hospital do Conde de Ferreira[5].Foi um importante acontecimento médico-científico, por ser o primeiro manual publicado entre nós, ao contrário da tradição dos principais países europeus, onde há décadas se sucediam diversos manuais que iam refletindo os progressos e a evolução do pensamento psiquiátrico na Europa, nomeadamente na França e Alemanha. Reflectiu também o empenho no ensino e assistência no Hospital do Conde de

[1] Idem, Ibidem, 1º volume. (Prefácio)
[2] CREMADES, Gil – "La dimension politica del positivismo en España y Portugal". In HORMIGÓN, M. (Ed.), Actas II Congreso de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias, 1982.
[3] Idem, Ibidem, pp.411- 412.
[4] MATTOS, Júlio de – Manual das Doenças Mentaes. Porto: Livraria Central de Campos e Godinho Editores, 1884.
[5] O livro desencadeia uma demorada (1884–1885) e áspera polémica, por vezes demasiado livresca, e surpreendente dadas as afinidades ideológicas, com Augusto Rocha, Professor da Faculdade de Medicina em Coimbra e Director da revista Coimbra Médica, também colaborador de O Positivismo. Júlio de Matos respondia na revista A Medicina Contemporânea, sendo discutidas questões e pormenores classificativos das alienações.

Ferreira no Porto e o papel do seu primeiro diretor, António Maria de Sena[1], contrastando com o que se passava no outro hospital de Lisboa, o Rilhafoles, onde se acumulavam problemas e insuficiências graves, periodicamente denunciadas na Sociedade de Ciências Medicas de Lisboa por diversos médicos. A despeito do seu imenso mérito, o Manual acaba por traduzir parcialmente o estado dos conhecimentos psiquiátricos até meados do seculo XIX[2], dado o isolamento da psiquiatria portuguesa em relação à psiquiatria europeia e mesmo à restante medicina, o que se reflecte na forma como é encarada a loucura nas diversas formas, integráveis no que Lantéri-Laura denominou *o paradigma da alienação mental*[3], grandes loucuras, observadas nos asilos de alienados, com pouca expressão dos quadros sintomáticos mais observáveis nos hospitais, nomeadamente psicoses sintomáticas, quadros de auto-intoxicações e infecções que irão sendo progressivamente reconhecidos. O Manual, segundo o autor, compõe-se de três partes distintas: a patologia geral, em que se estudam os elementos mórbidos comuns a todas as afecções mentais, a patologia especial, em que se descrevem as formas nosológicas, segundo a classificação etiológico-sintomática, a mais completa que se conhecia e a medicina legal, em que se examinam todos os casos possíveis da intervenção do médico em questões de alienação. A primeira das causas predisponentes da loucura é a hereditariedade e estudando bem os antecedentes do alienado dificilmente deixará de se encontrar esse factor etiológico. "...Mas a esfera da acção hereditária tem vindo a dilatar-se, e assim o alienado representa, não a repetição necessária da loucura ancestral, mas o último termo de uma longa série de íntimas degenerescências físicas e psicológicas"[4]. Os predispostos por herança à alienação mental apresentavam caracteres orgânicos e psíquicos bem apreciáveis. Sob o ponto de vista psíquico existiam caracteres nitidamente patológicos: são "excêntricos, utopistas, exaltados, vaidosos e sobretudo revoltantemente egoístas"[5]. Outras causas mais individuais eram referidas com referência ao consumo de álcool,

[1] Professor da Universidade de Coimbra, vai dirigir o Hospital do Conde de Ferreira em 1883. Falecido prematuramente, os seus discípulos Júlio de Matos e Magalhães Lemos prosseguirão a sua obra.
[2] Até ao início da década de 80, as referências classificativas eram quase exclusivamente de Pinel e Esquirol.
[3] LANTÉRI-LAURA, G. – Essai sur les Paradigmes de la Psychiatrie Moderne. Paris: Editions du Temps, 1998.
[4] MATTOS, Júlio de – Manual das Doenças Mentaes. Porto: Livraria Central, 1884. pp. 14-15. A teoria da degenerescência, de B. Morel, de fundamentos religiosos e pré-darwiniana, enuncia a criação do homem como tipo primitivo perfeito, sendo todo o desvio encarado como degradação, degenerescência. MOREL, B.A. – Traité des Dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives. Paris: J. B. Baillière, 1857. Andrew Scull considera este livro como a primeira explanação neo-lamarckiana da proliferação das patologias orgânicas. Ver SCULL, A. – "Psychiatry and social control in the nineteenth and twentieth centuries". History of Psychiatry, Vol. 2, (1991), pp.149-169.
[5] MATTOS, Júlio de – Manual das Doenças Mentaes. p. 15.

"supremo recurso dos vencidos na luta pela existência"[1]. Nas influências mesológicas de ordem moral, surge um destaque para as preocupações religiosas exageradas, como predisposição geral às doenças mentais. "E mau grado a decadência do catolicismo, é fácil notar uma correlação entre o exagero da fé e as doenças do cérebro, e também as catequeses e missões dos jesuítas têm passado através das nossas províncias como flagelos que deixam atras de si numerosos casos de loucura*"*[2]. Análoga influencia se atribui às preocupações políticas e às revoluções sociais, "…pela sobre-excitação cerebral que as primeiras determinam e pelo desarranjo de interesses que as segundas provocam*"*[3]. Salienta-se também o risco de contágio nos espíritos fracos, nomeadamente de delírio de perseguições. Nas causas determinantes é mencionada a prisão celular, que tem sido diversamente apreciada pelos autores, Matos atribuía-lhe reduzida importância. De qualquer modo, o capítulo sobre etiologia termina com referencia a Maudsley, quando diz que uma causa moral "..actua de um modo tão físico como um fulminação, que produz, como ela, uma paralisia ou a morte física..."[4]. No capítulo diagnóstico elabora uma classificação que expõe no quadro formas nosológicas os oito tipos de loucuras[5]: 1) *vesanicas*, que divide em delírios generalizados (melancolia, mania, excitação maníaca, loucura circular) e delírios parciais (delírio de perseguições, lipemania erótica, demonomania, loucura da dúvida, dipsomania, megalomania, erotomania, teomania). 2) *orgânicas* (delírio agudo, demência, paralisia geral). 3) *neuropáticas (*loucura epileptica, histérica, coreica, cataléptica, paralisia agitante*).* 4) *tóxicas* (loucura alcoólica, saturnina). 5) *simpáticas* (loucura genital, puerperal, cardíaca). 6) *diatésicas* (loucura tuberculosa, reumatismal, sifilítica). 7) *morfológicas* (fraqueza de espírito, imbecilidade, idiotia, cretinismo). 8) *sem delírio* (loucura lúcida). Na melancolia exprime sempre um delírio geral ou parcial de natureza depressiva, considerando Matos as seguintes variedades: *melancolia consciente, deprimente ou hipocondríaca, ansiosa*, *perplexa e estúpida*[6].

---

[1]MATTOS, Júlio de – Manual das Doenças Mentaes. Porto: Livraria Central de Campos e Godinho Editores, 1884. p. 21.

[2] Idem, Ibidem, p. 22. Este tema era frequentemente associado a patologia mental por muitos alienistas, nomeadamente os de orientação mais marcadamente evolucionista e positivista.

[3] Idem, Ibidem, p. 22.

[4] Idem, Ibidem, p. 28.Ver MAUDSLEY, H. – The Pathology of Mind. A study of its distempers, deformities and disorders. London: Julian Friedmann Publishers, 1979 (based on the 1895 edition).

[5] Idem, Ibidem, p. 65. Matos admite que se fundamenta na classificação etiológico-sintomática de Morel, modificada e aumentada por Ball. Matos acrescenta um novo tipo de loucura: "Sem delírio-Loucura lúcida" às sete formas da classificação de Ball.Ver: BALL, B – Leçons sur les maladies mentales. 2ºed. Paris: Asselin et Houseau, 1890.

[6] Idem, Ibidem, p. 100.

A sintomatologia física e psíquica descrita, permanece como um dos mais estáveis quadros clínicos, pelo menos desde Esquirol[1]. A hereditariedade seria a primeira causa predisponente e considera que a forma atávica se observava muitas vezes: melancólicos nascidos de pais indemnes, mas cujos avós foram alienados. Como causas determinantes aponta os excessos intelectuais, os revezes da fortuna, as desilusões do amor, as grandes comoções e a masturbação exagerada [2]. A mania, considerada por Pinel como sinónimo de loucura, é definida como em Ball[3] como delírio generalizado, com viva sobre-excitação da inteligência e tumultuosa necessidade de movimento. Podia ser contínua, remitente, aguda, subaguda, e se cronica passava a demência. A hereditariedade era causa predisponente e como causas determinantes os excessos intelectuais, convalescença de doenças graves e condições que possam enfraquecer o organismo; este diagnóstico podia existir como doença independente ou como síndrome clínico das loucuras neuropáticas, do alcoolismo e da paralisia geral.

A loucura circular, também chamada psicose cíclica, loucura de dupla forma ou delírio de formas alternas, caracterizava-se pela sucessão regular de períodos de depressão e excitação psíquica. Consoante existia ou não intervalo de lucidez, assim se falava de tipo periódico ou de tipo circular. Era uma doença crónica, que na maior parte das vezes acabaria por se prolongar indefinidamente, tornando-se então um melancólico ou um maníaco. A hereditariedade era a primeira das causas predisponentes (Krafft-Ebing) [4]. Nas causas ocasionais, enunciavam-se causas físicas, puerperalidade e sífilis, e outras morais. Nos delírios parciais, havia o delírio de perseguições, descrito por Lasègue[5]. "…de natureza depressiva, predominava uma forma passiva e outra activa, a primeira produzia frequentemente os suicidas, a segunda os criminosos [6]. Matos descreve um período de invasão e um período de sistematização, onde surgem as alucinações frequentemente auditivas e o delírio de perseguições.

Menciona depois o diagnóstico diferencial com o alcoolismo, a fraqueza de espírito a paralisia geral, e ainda a lipemania erótica. A hereditariedade era muito frequente, a cura era rara e a terminação pela demência, vulgar. Matos valoriza ainda a *demonomania*, forma de loucura

---

[1] ESQUIROL, E. – Des Maladies Mentales. 2 Vol. Librairie de la Faculté de Médicine de Bruxelles, 1838.
[2] MATTOS, Júlio de – Manual das Doenças Mentaes. Porto: Livraria Central, 1884. p. 104. O onanismo foi durante muito tempo considerado um factor causal de loucura. Ver: HARE, Edward H. – "Masturbatory insanity: the history of an idea". In HARE, E. – On the History of Lunacy: the 19th century and after. London: Gabbay, 1998. pp. 146-173.
[3] BALL, B - Leçons sur les maladies mentales (2ª edição). Paris: Asselin et Houseau, 1890.
[4] KRAFFT-EBING,R. – Traité Clinique de Psychiatrie. Tradução da 5ª ed. Alemã. Paris: A.Maloine, 1897.
[5] Ver LASÈGUE, C. – Ecrits psychiatriques.Toulouse: Privat, 1971. pp. 29-47. (original 1852)
[6] MATTOS, Júlio de – Manual das Doenças Mentaes. Porto: Livraria Central, 1884. pp. 130-131.

religiosa frequente: a depressiva ou melancólica era a demonomania, a expansiva era a *teomania* que tinha prognóstico sombrio. A *loucura da dúvida* [1] é brevemente referida, caracterizando-se pela falta de confiança nos próprios actos ou intenções e exagero mórbido de escrúpulos. Era um delírio parcial, com ideias absurdas e ruminações psicológicas.

A loucura epileptica é a primeira loucura neuropática analisada, a mais grave e frequente. Mesmo escapando à alienação mental apresentaria um estado psíquico anormal, que distinguiria os epilepticos na vida colectiva como elementos degenerados. São mencionadas a irritabilidade e a cólera como traços morais, concluindo Matos pela mobilidade do caracter como traço culminante. A epilepsia podia durante muito tempo manifestar-se exclusivamente por sintomas delirantes, era o caso da *epilepsia larvada de Morel* [2]. Mais vulgarmente surgiam os acessos convulsivos e as vertigens denunciadas pela súbita palidez da face, fixidez do olhar e nulidade fisionómica. Quanto ao delírio epileptico descreve a forma expansiva, a forma depressiva e a forma mista ou furor epileptico ou grande mal. Existia ainda um delírio de actos, realizado sob influência de alucinações, que precediam o ataque epileptico, como auras intelectuais. Os actos seriam executados inconscientemente, sem que o doente conservasse a mais ligeira recordação e consistiam em pequenos delitos, crimes graves, ou exibições obscenas. O delírio podia aparecer antes das crises convulsivas, suceder às crises, ou irromper nos intervalos, ou mesmo substituir os ataques. A etiologia da loucura epileptica confunde-se com a da epilepsia: a hereditariedade, descendência dos alcoólicos e como causas dinâmicas as emoções violentas, perturbações menstruais e a imitação. Mas quanto ao diagnóstico:" Quando um crime inteiramente inexplicável e em completo desacordo com os antecedentes de um individuo acaba de ser perpetrado com uma insólita instantaneidade, deve investigar-se se existem ou não acessos nocturnos de epilepsia"[3]. A loucura histérica era outra loucura neuropática, tal como antes, também aqui a mobilidade constituía o fundo psicológico dos histéricos, com uma versatilidade extrema de estados psíquicos e de emoções afectivas. Depois enfatiza a pequena histeria e a grande histeria ou histero-epilepsia, e o delírio histérico que abarcava vários tipos vesânicos já estudados, alucinações e impulsões de diversos tipos, suicidas, homicidas, piromaníacas, cleptómanas. Note-se que o delírio podia substituir as

---

[1] Ver LEGRAND du SAULLE, H. - La Folie du Doute. Paris: Adrien Delahaye, 1875.

[2] MATTOS, Júlio de – Manual das Doenças Mentaes. Porto: Livraria Central, 1884. p. 204. Para uma revisão da evolução dos conceitos de epilepsia na interface neurologia/psiquiatria, cuja questão fundamental é ou não a consideração preferencial da epilepsia como doença psiquiátrica, é importante o trabalho de BERRIOS, G. E. – "Epilepsy and insanity during the early 19th Century, A Conceptual History". Arch. Neurol. Vol. 41(1984), pp. 978-981.

[3] MATTOS, Júlio de. – Manual das Doenças Mentaes. Porto: Livraria Central,1884. p. 210.

crises convulsivas - era a forma larvada da loucura histérica. Quanto às causas, alem da hereditariedade, o sexo feminino e a posição social, eram os miseráveis e os opulentos os mais atingidos, e haveria um máximo de frequência nas meretrizes. Como precipitantes citavam-se as perturbações da menstruação, doenças dos órgãos sexuais, emoções súbitas e a imitação. A evolução podia ser aguda ou crónica; a crónica tornava-se incurável, embora a demência fosse rara. Finalmente, uma referência breve à terceira parte da obra sobre medicina legal dos alienados[1] em que aborda com detalhe: o exame da loucura, sequestração, interdição, validade dos actos, responsabilidade criminal, simulação, temas pouco ventilados entre nós na altura e que Matos enfrenta com coragem e determinação, como quando se refere às decisões dos tribunais: "a noção de responsabilidade, diluída pela antiga metafisica num oceano de estéreis discussões, tornou-se positiva e experimental desde que a fisiologiapelo estudo da acção reflexa, destruiu a quimera do livre arbítrio. Definido uma vez o dogma científico do determinismo, os actos humanos principiaram a ser estudados, não como expressão de uma força anímica, a vontade, que em si mesma encontra a sua razão de ser, mas como resultantes fatais de um grupo de condições actuando sobre o cérebro"[2].

Em 1911 a publicação de *Elementos de Psiquiatria* [3] é o livro que dá continuidade ao manual, mais desenvolvido, reflectindo um outro período histórico, constitui o livro clássico da psiquiatria portuguesa no seu período de institucionalização e como tal foi considerado pelas referencias internacionais como o tratado de Régis[4]. Além de novas entidades, com relevo para as denominadas psicoses acidentais, temos uma grande mudança na classificação, avanços na semiologia psicopatológica e nas alterações conceptuais das denominadas psicoses constitucionais, refletindo os progressos médicos e mudanças no pensamento científico, filosófico e psicológico, com a obra de Darwin, Spencer, Charcot ou Lombroso, entre outros, que directa ou indirectamente condicionaram a visão e a mentalidade dominante nestas matérias. *Elementos de Psiquiatria* é já um bom exemplo do *paradigma das doenças mentais*[5], onde pontificam os grandes alienistas franceses, mais atomísticos, mas também os alemães com a sua ambição classificativa e sistematizadora, que se irá impondo

[1] Idem, Ibidem, pp.297-392. Esta longa parte da obra mostra o interesse pela psiquiatria forense que continuará sempre presente na sua actividade profissional e nos seus escritos.

[2] Idem, Ibidem, p. 389. Esta perspectiva faz eco das tendências em psiquiatria forense da Escola Positiva que desloca a questão da responsabilidade criminal para uma avaliação pericial médica e valoriza a questão da perigosidade e da sua prevenção.

[3] MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Livraria Chardron de Lello e Irmão editores,1911.

[4] Ver RÉGIS, E. – Précis de Psychiatrie. 5ª ed. Paris: Octave Doin et fils éd., 1914.

[5] LANTERI-LAURA, G. – Essai sur les Paradigmes de la Psychiatrie Moderne. Paris: Editions du temps, 1998.

progressivamente, nomeadamente com a síntese de Kraepelin[1], autor a quem Júlio de Matos reconhece grande importância, mas de quem recusa aceitar as teses, na questão da extensão da demência precoce em relação com os delírios sistematizados e a paranoia, permanecendo nesta matéria mais próximo das teses da escola francesa, nomeadamente de Magnan e de Séglas. Considera a instabilidade e o desequilíbrio como Magnan[2] as notas dominantes da vida mental dos degenerados. Os predispostos hereditários com pequena tara ou predispostos simples não apresentavam a estigmatização dos degenerados, só entravam na loucura atingidos por causas determinantes muito intensas ou prolongadas. Matos ao enumerar as causas exógenas, não esquece a civilização, enfatizando que o aperfeiçoamento humano não se consegue sem uma luta contínua, em que são muitos os vencidos, " os inadaptados (loucos e criminosos) são o inevitável produto de todas as civilizações"[3]. Quanto às religiões, pensa que "opondo-se à marcha natural do espírito na direcção da positividade as crenças religiosas constituem um motivo de íntimas e profundas lutas para os homens progressivos, e se exageradas preparam a loucura, quando não são mesmo uma denúncia da sua existência"[4]. A segunda edição deste livro, datada de 1923, é uma simples reedição, mantem o prefácio da primeira, continua a ser o livro de texto utilizado no ensino obrigatório de psiquiatria desde 1911, apesar de começarem muito lentamente a surgir influências de novas correntes psiquiátricas.

Matos, falecido em 1922, não chegou a publicar o livro sobre psiquiatria forense que anunciara na primeira edição, sendo apenas reeditado *A Loucura. Estudos Clínicos e Médico-Legais*[5] em 1914, este sim, revisto e com novos capítulos, sendo significativo que no capítulo "O delírio de grandezas" mostre grande satisfação pela notícia colhida das revistas especializadas, que o delírio crónico de Magnan iria ser desintegrado da demência precoce, na 8ª edição do Tratado de Psiquiatria de Kraepelin, para fazer parte de um novo grupo da classificação kraepeliniana: as parafrenias[6]. Mas é talvez no âmbito da medicina legal e

---

[1] A 6ª edição do seu Tratado (1899) tornou-se a obra de referência da psiquiatria clássica.

[2] MAGNAN (1895) encara a degenerescência já em termos evolutivos, substituindo a ideia religiosa de Morel pela ideia de aptidão biológica. MAGNAN,V; LEGRAIN, P. – Les Dégénérés. État Mental et Syndromes Épisodiques. Paris: Rueff et Cie, 1895.

[3] MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Livraria Chardron de Lello e Irmão editores,1911. p. 29.Esta asserção traduz a influência do darwinismo social.

[4] Idem, Ibidem, p. 30. Seabra Dinis anota como Matos erra ao encarar a civilização como factor de loucura, e também em relação às crenças religiosas, levado pela crença na lei dos três estados de Comte e a aplicação da ideia de luta pela existência de Darwin. Ver SEABRA-DINIS, J. – "O Positivismo na vida e na obra de Júlio de Matos". In Perspectiva Humana. Lisboa: Portugália Editora, 1966. pp. 88-93.

[5] MATTOS, Júlio de – A Loucura. 2ªed. Lisboa: Clássica Editora,1914.

[6] Idem, Ibidem, pp. 203-204. É com efeito neste contexto científico-natural, que foi sempre o de Júlio de Matos, que se compreende o interesse pela evolução do pensamento de Kraepelin. Barahona Fernandes conta na obra In

psiquiatria forense que a obra de Matos mais se distingue, não havendo outro alienista que tanto se tenha dedicado ao tema[1], desde a revista *O Positivismo* até ao *Manual das Doenças Mentais* onde dedica a última parte da obra ao tema, culminando com *Os Alienados nos Tribunais*[2] em três volumes, onde apresenta inúmeros casos, o prefácio que escreve para *A Criminologia* de Garofalo e em *A Loucura-Estudos clínicos e médico-legais*. Nesta última obra, refere-se à Lei de 3 de Abril de 1896, que considerava muito importante mesmo à escala europeia, porque confiava aos peritos médicos a decisão sobre a irresponsabilidade dos doentes, e as suas conclusões, afirmativas ou negativas da loucura, adquiriam o valor de "sentenças definitivas e inapeláveis"[3], tendo assim terminado, na sua opinião, os graves conflitos entre psiquiatras e os tribunais. Em 1903, apresentou ao Congresso Internacional de Medicina, o trabalho *L'Assistance des Aliénés Criminels au point de vue législatif* [4] que reproduziu no volume de 1914, onde escreve que não conhece nenhum país onde a situação dos peritos alienistas esteja tão liberta de entraves morais ou legais como em Portugal. Defendia também a criação de uma magistratura especial, educada no estudo positivo e naturalista do criminoso (Garofalo, Ferri), e substituindo nas causas de apreciação difícil os júris actuais, formados por elementos "fortuitos, disparatados e incompetentes, por júris técnicos, procedendo segundo a ciência e não segundo emoções criadas pela oratória dos advogados"[5]. O criminoso, ultrapassada a fase teológica e a fase metafísica, era na fase positiva já considerado um doente, sendo necessário combater a sua orientação mórbida. Em face dos progressos da psiquiatria e da antropologia criminal, a responsabilidade moral como fundamento do direito de punir devia ser substituída pelo princípio objectivo da defesa social. Aceita a classificação dos criminosos de Lombroso considerando a descoberta do criminoso-nato, tipo inferior "votado ao crime por inevitáveis condições do próprio organismo, uma conquista gloriosa no domínio da criminologia"[6]. Muito jovem, já colaborando e dirigindo *O*

Memorian de Francisco Pulido Valente, que Pulido Valente, assistente de Matos, lhe traduziu obras de Freud, mas que estas lhe terão despertado pouco entusiasmo. Ver FERNANDES, H. Barahona – In Memoriam Francisco Pulido Valente 1884-1963. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda, 1989. p.172.

[1] O tema da Psiquiatria Forense em Matos é fundamental. Não é possível o seu desenvolvimento dado a sua vastidão, especificidade e complexidade.

[2] MATTOS, Júlio de – Os Alienados nos Tribunaes I. Lisboa: Tavares Cardoso e Irmão, 1902; Os Alienados nos Tribunaes II. Lisboa: Tavares Cardoso e Irmão, 1903; Os Alienados nos Tribunaes III. Lisboa: Tavares Cardoso e Irmão, 1907.

[3] MATTOS, Júlio de – A Loucura. Estudos Clínicos e Médico-Legaes. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1914. p.515. (2ª ed. revista e ampliada)

[4] MATTOS, Júlio de – "L'Assistance des Aliénés Criminels au point de vue législatif". In A Loucura. Estudos Clínicos e Médico-Legais. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1914. pp. 515-525.

[5] Idem,Ibidem, p.514.

[6] Idem,Ibidem, pp. 482-483.

Positivismo com Teófilo Braga, já na altura uma figura prestigiada, Matos opta depois por se dedicar à carreira médica no Hospital do Conde de Ferreira convidado por António Sena, conforme conta a Teófilo Braga[1] (1882), mostrando entusiasmo pelo meio de estudo que o hospital seria, dispondo de um gabinete de fisiologia experimental e de histologia, sala de autópsias, e com a perspectiva, defendida por Sena, de criação de cursos de alienação mental e de uma revista de doenças mentais e nervosas, que seria órgão do estabelecimento e de todos os trabalhos portugueses ligados a essa área. Matos decidiu aceitar e irá empenhar-se na organização do Hospital[2], de que passará a director após a morte de Sena (1890). Embora sempre tenha mantido fidelidade ideológica e política até ao final da vida será a Psiquiatria que o irá sempre ocupar, tornando-se o grande referente neste domínio, o seu mais sistemático cultor, autor dos livros de referência no ensino da especialidade, de que abordou os temas clássicos nas suas publicações. Foi publicando revisões dos principais temas clínicos[3] com destaque para os temas psicopatológicos como os delírios e as alucinações, as patologias como a melancolia, a paralisia geral ou a neurastenia e a paranoia, culminando nos livros de texto já citados, o Manual e os *Elementos de Psiquiatria*. Foi ainda publicado um *Curso Clínico de Doenças Mentais e Nervosas*, resultado de conferências reportadas por Bartolomeu Severino [4]. Na primeira lição do curso de psiquiatria, na Faculdade de Medicina de Lisboa (1911-1912)[5], enfrenta a questão das relações entre cérebro e mente, sujeito e objecto, lembrando que a constituição científica da psiquiatria só se tornou possível quando se demonstrou que o cérebro era o órgão do pensamento. Lembra depois, sobre o problema das relações entre o físico e o psíquico, que Tyndall, Griesinger e Spencer não consideravam possível compreender a passagem de estados cerebrais para a consciência, pois o que se passava no cérebro era material e tudo o que se passava na alma era consciência. Mesmo que sejam a expressão de uma mesma coisa, nada nos deixa entrever a possibilidade de passagem de um domínio para outro, considerando a questão insolúvel. Distinguindo depois entre materialismo, que faz da matéria a única realidade, e idealismo metafísico, que considera a

---

[1] FERRÃO, A. – Teófilo Braga e o Positivismo em Portugal.Com núcleo de correspondência de Júlio de Matos para Teófilo Braga. Lisboa: Separata do Boletim de Segunda Classe da Academia das Ciencias de Lisboa, 1935, p.103.
[2] Idem, Ibidem, p.108. Em carta a Teófilo Braga (1883) diz que tem "lutado muito pela organização do hospital, que é uma babilónia", e que está "entregue de alma e coração à especialidade, que tem belezas e espinhos de toda a sorte; há nela com que tentar um batalhão de fortes espíritos".
[3] Temas abordados no capítulo sobre as doenças.
[4] MATTOS, Júlio de – Curso Clínico de doenças mentaes e nervosas. Conferencias. (Reportagem de Bartholomeu Severino). Porto: Livraria Editora de Lopes e Cª, 1910.
[5] MATTOS, Júlio de – "Curso de Psychiatria – 1911-1912", da Faculdade de Medicina de Lisboa. A Medicina Contemporanea, nº 48 (1911), pp. 377-381.

consciência como a única realidade, tenta mostrar que o mundo é só sensação e o universo também, e o espírito, analisado, em sensações se resolve igualmente: "fazemos duas sínteses sensoriais, a hétero-síntese constituída pelo mundo exterior e material, a auto-síntese constituída pelo mundo interior e mental; fenómenos de idêntica natureza, são sensação"[1]. Conclui dizendo que para Tyndall, Griesinger e Spencer havia um mistério porque eles consideravam cérebro e alma pertencendo a duas series irredutivelmente heterogéneas, quando a serie era afinal única, porque espirito e cérebro se resolvem em sensações. Para ele, "o cérebro é o órgão do pensamento no sentido de que facto fisiológico e psíquico são, um e outro, sensação"[2].

Júlio de Matos manteve inalterados os seus princípios doutrinais, mas o seu espírito crítico fê-lo estar sempre mais próximo de Littré e afastado da ortodoxia positivista. Num longo e pormenorizado estudo sobre Júlio de Matos, Ana Leonor Pereira mostra como Matos sempre foi duplamente heterodoxo, porque não se confinando às directivas de Comte através de Littré, mostrou-se desde cedo convicto defensor da ciência darwiniana, não vacilando na defesa do continuismo evolutivo entre o animal e o homem a todos os níveis[3].Também manteve sempre o essencial das suas convicções psiquiátricas com a aproximação à escola italiana, nomeadamente a Tanzi e à antropologia criminal de Lombroso. Exerceu marcada influência na legislação, como com a Lei de 3 de Abril de 1896, com a importância pericial dada aos Conselhos Médico-Legais de Lisboa, Porto e Coimbra e com a Lei da Assistência Psiquiátrica de 1911. Durante um quarto de século interveio em quase todas as perícias psiquiátricas em Portugal[4]. Desenvolveu uma luta inglória até ao fim pela construção do novo Manicómio de Lisboa[5]. A sua influência estendeu-se ao ensino, publicando os únicos tratados de referência da psiquiatria portuguesa. Como alienista constata-se através da leitura dos *Elementos de Psiquiatria* e de outros trabalhos que adoptou e manteve as ideias de degenerescência, que não defendeu o *non-restraint*, que mencionou pouco a psicoterapia, permanecendo imune à influência das correntes psicodinâmicas já presentes na Europa desde finais do Século XIX.

---

[1] Idem, Ibidem, p.381.
[2] Idem, Ibidem, p.381.
[3] PEREIRA, A. L. – "Um modelo-zénite: a psico-sociologia de Júlio de Matos". In Darwin em Portugal. 1865-1914. Coimbra: Almedina, 2001. pp. 359-433.
[4] LEMOS, A. Magalhães – "Júlio de Matos (1856-1922) ". Annales Médico-Psychologiques (Extrait). Porto: Oficina tipográfica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira. Novembre 1922, p. 4.
[5] Em 1920, apelava para o Conselho Escolar da Faculdade de Medicina de Lisboa, para que interferisse junto do Governo solicitando a urgente conclusão das obras a fim de se instalar condignamente a clínica psiquiátrica. Ver Anuário da Universidade de Lisboa, Ano Lectivo de 1919-1920. Lisboa: Imprensa Nacional, 1928.

A importância da obra de Júlio de Matos foi motivo de vários estudos, de salientar que Magalhães Lemos resumiu a sua vida e obra brevemente em dois estudos[1], referindo que era um temível interlucutor em debates, lembrando uma discussão veemente mas cortês com Dupré[2], no Congresso Internacional de Medicina de Lisboa, em 1906, em que Matos criticou Dupré pela sua defesa de Kraepelin[3] nas suas concepções sobre a paranoia. Outros trabalhos de autores portugueses sobre Júlio de Matos teem vindo a ser ser publicados traduzindo a importância histórica que a sua vida e obra desempenharam neste ramo da medicina em Portugal[4]. Mas o mais importante, tal como Magalhães Lemos e Barahona Fernandes já tinham sublinhado, será além de notável erudição, espírito de independência e de progresso, a sua coerência e a continuidade entre as suas convicções doutrinais e as suas actividades de cientista, professor, e médico alienista[5].

3.6. ANTÓNIO CAETANO DE ABREU FREIRE EGAS MONIZ (1874-1955), o neurologista que influenciava a psiquiatria

António Caetano de Abreu Freire Egas Moniz nasceu em Avanca, Estarreja, em 1874, indo estudar para Coimbra em 1891. Formou-se em Medicina em 1899,apresentando uma dissertação inaugural com o título *Alterações Anátomo-patholó́gicas na Diphteria*[6] e

---

[1] LEMOS, A. Magalhães – "Professor Júlio de Matos". In História do Ensino Médico no Porto. Suplemento coordenado por Hernãni Monteiro. Porto: Tipografia a Vapor da Enciclopédia Portuguesa, 1925. pp. 87-94. LEMOS, A. Magalhães – "Júlio de Matos". Annales Médico-Psychologiques. Porto, Oficina tipográfica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1922.

[2] LEMOS, A. Magalhães – "Professor Júlio de Matos". In História do Ensino Médico no Porto. Suplemento coordenado por Hernãni Monteiro. Porto: Tipografia a Vapor da Enciclopédia Portuguesa, 1925, p. 93.

[3] Ver KRAEPELIN, Emil – "XV Leçon. Paranoia". In: Introduction à la Psychiatrie Clinique. (Traduit de 2ª edition allemande, 1905). Paris: Navarin, 1984.

[4] SEABRA DINIS, J. – "O Positivismo na vida e na obra de Júlio de Matos". Revista Filosófica. Ano7º, nº19. Coimbra: Atlântida. (1957), pp. 146-168; CORREIA, A. A. Mendes – "Júlio de Matos e a Psiquiatria em Portugal". Cadernos Científicos, 2:2 (1949), pp. 61-77. SOEIRO, Luís Navarro – "Júlio de Matos: sua personalidade e alguns aspectos da sua obra". Anais Portugueses de Psiquiatria, 8:8 (1956), pp.38-45,
PINA, Luís de – "Três momentos vitais de Júlio de Matos". Imprensa Médica, 22:1 (1958), pp.1-15; 22:2, pp. 75-99, ARAÚJO, M.L. – Júlio de Matos e a Psicologia no Século XIX. Cultura- História e Filosofia. (Separata). Lisboa. Centro de História da Cultura da Universidade Nova de Lisboa. (1987), pp. 13-22. ARAÚJO, M.L. – " A investigação científica em Júlio de Matos". Revista da Faculdade de Letras. Série de Filosofia nº4-2ªserie. Porto: Universidade do Porto. (1987). 15pp. JARA, J. M. – " Júlio de Matos, o método e a Psiquiatria Clínica". In Luzes e Sombras do Alienismo em Portugal. Porto: Sta Casa da Misericórdia do Porto, 2012. pp.127-137. PEREIRA, J.M. – " Classificação e reconceptualização das doenças na Psiquiatria Portuguesa. A contribuição de Júlio de Matos". Estudos do Século XX. nº12. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. (2012), pp. 347-364.

[5] FERNANDES, H. Barahona – "O Professor Júlio de Matos e a psiquiatria portuguesa". Anais Portugueses de Psiquiatria. 8:8 (1956), p. 14.

[6] MONIZ, Egas – Alterações Anátomo-Patológicas na Difteria. Coimbra Médica, Separata. Coimbra: Imprensa Médica,1900.

apresentando nas provas de doutoramento e de concurso em 1901 e 1902, respectivamente, *A Vida Sexual - Fisiologia* e *A Vida Sexual - Patologia*. Transferiu-se em 1911 para Lisboa[1], ficando titular de Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina que a reforma dos estudos médicos acabara de criar. Sendo neurologista com uma obra ímpar, acabou por dar vários contributos para a psiquiatria dignos do maior realce tendo recebido o Prémio Nobel da Medicina e Fisiologia pela descoberta do valor terapêutico da leucotomia pré-frontal em certas psicoses em 1949. Fez formação neurológica e psiquiátrica em França[2] primeiro em Bordéus em 1902 com Pitres em neurologia e em psiquiatria com Régis, depois em Paris com Pierre Marie, Déjerine, Babinski[3], Clovis Vincent[4] e Sicard, ficando sempre muito ligado à escola francesa e especialmente a Babinski[5]. É de referir também a influência de Augusto Rocha e e Basílio Freire em Coimbra, nele e na sua geração, como testemunhou o seu colega Alberto Rego[6].

Em 1901 publica *A Vida Sexual I – Fisiologia*. Esta obra tornou-se célebre depois de ter sido apresentada como tese de doutoramento na Universidade de Coimbra, logo seguida em 1902 por *A Vida Sexual II – Patologia*, como dissertação para o concurso às provas para professor da Faculdade de Medicina. Estas duas teses foram depois reunidas num único volume que teve inúmeras reedições. Tratava-se de uma obra completamente inovadora em Portugal[7] que sofreu comentários e críticas moralistas e o seu autor foi acusado de malthusianismo. Na patologia, o autor aborda a homossexualidade e as perversões sexuais, sendo o célebre livro de Krafft-Ebing[8] a mais importante referencia. Assim desenvolve o tema do sadismo e masoquismo, dedica um capítulo à homossexualidade, com referências históricas e citando

---

[1] PEREIRA, A. L.; PITA, J.R., RODRIGUES, R.M. – "Cronologia Selecionada". In Retrato de Egas Moniz. Lisboa: Círculo de Leitores, 1999. pp. 158-179.

[2] Formação iniciada em Bordéus em 1902 e depois em Paris nos anos seguintes. Pouco se sabe sobre estes estágios e sua duração.Ver ANTUNES, J. Lobo – Egas Moniz. Uma Biografia. Lisboa: Gradiva, 2010. p. 57.

[3] Estes três grandes mestres, Babinski em especial, "orientaram-me no meu modo de ser clínico e no sentido ainda vago da investigação científica". MONIZ, Egas – Confidências de um Investigador Científico. Lisboa: Edições Ática, 1949. p. 14.

[4] Primeiro neurologista iniciador em Paris da neurocirurgia. MONIZ, Egas – Confidências de um Investigador Científico. Lisboa. Edições Ática, 1949. p. 15.

[5] "Atraía-me a sua forma de investigador científico….na modéstia dos meus estudos tomava-o por guia, procurando seguir os seus métodos de trabalho". MONIZ, Egas, Ibidem, p.14.

[6] "…A ciencia nesse tempo era perfeitamente materialista e o Dr. Basílio Freire, seguindo essa orientação mais fixou na mentalidade dos discípulos as certezas que a biologia já julgava ter fixado e as prováveis possibilidades de num futuro próximo tudo se chegar a saber*…"*. Ver REGO, A. – Egas Moniz visto por um condiscípulo. Coimbra: Tip. Gráfica de Coimbra, 1939. p.8.

[7] MONIZ, Egas – A Vida Sexual I - Fisiologia. Coimbra: França Amado, 1901; MONIZ, Egas - A Vida Sexual II -Patologia. Coimbra: França Amado, 1902.

[8] KRAFFT-EBING, R. – Psychopathia Sexualis avec recherches spéciales sur l'inversion sexuelle. Paris: Georges Carré ed., 1895.

uma dissertação inaugural anterior de Adelino Silva sobre a *Inversão Sexual* (1895)[1], publicada no Porto. Moniz considera que a homossexualidade era tratável e curável através de psicoterapia e hipnose. No capítulo parasexualidade, agrupa a erotomania, o exibicionismo, o onanismo, o feiticismo ou fetichismo e a bestialidade. Depois há o capítulo perversões morais e finalmente outro capítulo sobre a vida sexual dos alienados. A análise deve bastante aos autores clássicos que trataram o tema assim como apresenta também referências a autores portugueses como Júlio de Matos e Miguel Bombarda.

Em 1912 na "Lição de abertura do Curso de Neurologia da Faculdade de Medicina de Lisboa" [2], Egas Moniz afirma ter-se ido pouco a pouco restringindo o campo outrora vasto das neuroses ou das doenças funcionais do sistema nervoso e que a concepção da histeria se manteve até há pouco tempo com interpretações mais ou menos variadas dentro dos moldes traçados na obra imortal de Charcot. Mas ultimamente uma interpretação ousada ou mesmo um pouco excessiva veio apresentá-la sobre um novo aspecto, e um dos discípulos do mestre, Babinski, veio lançar por terra uma pequena parte da sua obra gigantesca, tendo vindo a prestar à Neurologia os mais relevantes benefícios, ao "limitar esse campo outrora incomensurável da histeria onde tudo cabia, por mais heterogéneo que parecesse e que foi durante muitos anos o supremo recurso dos diagnósticos difíceis"[3], mas Babinski "tornou os fenómenos histéricos inteiramente dependentes da sugestão só ela os pode reproduzir e só a persuasão consegue fazê-los desaparecer"[4]. Acrescenta que estas ideias revolucionárias em 1901 agitaram a opinião medica apegada à doutrina dos estigmas, mas sete anos mais tarde as doutrinas de Babinski saíram triunfantes[5] da discussão que sobre elas se travou na Sociedade de Neurologia de Paris[6]. Embora não pretenda discutir se são ou não excessivas, Moniz considera que esta nova interpretação fez separar da grande neurose muitos estados patológicos que com ela andavam confundidos, e que por vezes levianamente se relegavam a essa etiqueta nosológica, mesmo para fugir a mais complicadas interpretações sintomáticas. A histeria não contava entre as suas manifestações sintomáticas a abolição dos reflexos

---

[1] SILVA, Adelino Pereira da – A inversão sexual. Porto: Typographia Gutenberg, 1895.
[2] MONIZ, Egas – "Lição de abertura do Curso de Neurologia". A Medicina Contemporanea: Lisboa. nº 47 (1912), pp.369-373.
[3] MONIZ, Egas, Ibidem, p. 370.
[4] Idem, Ibidem, pp.370-371.
[5] German Berrios anota que nas duas sessões da Sociedade de Neurologia de Paris, em 1908, dedicadas à discussão da noção de pitiatismo de Babinski, Raymond, Déjérine, Pitrés, Janet e Crocq, pronunciaram-se contra a noção de pitiatismo. Ver BERRIOS, G.E – The History of Mental Symptoms. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. p.393.
[6] MONIZ, Egas – "Lição de abertura do Curso de Neurologia". A Medicina Contemporanea: Lisboa. nº 47 (1912), pp.370-371.

tendinosos, pupilares ou cutâneos, e quando apareciam é porque se tratava de uma doença orgânica do sistema nervoso[1]; igualmente não se podem conseguir por sugestão as perturbações circulatórias e tróficas que durante muito tempo foram incluídas no polimorfismo sintomatológico da grande neurose, ou a chamada febre histérica que chegou a ser aceite como facto averiguado.

A terapêutica sugestiva, conclui Moniz, pode pois trazer benefícios no tratamento das manifestações sintomáticas da neurose histérica, mas a psicoterapia não se restringe a esta doença, pois "o seu campo de eleição estende-se a outras neuroses como a neurastenia e a psicastenia, e aplica-se ainda a muitos doentes orgânicos que tenham também afectado o seu moral"[2]. E salienta que este novo processo terapêutico, racional, lógico, proveitoso, nasceu no mundo neurológico, foram os neuropatologistas que lhe deram forma e o divulgaram. Mas para isso é necessário adquirir uma noção exacta da personalidade dos doentes, e como diz Déjérine que "nos adaptemos à sua mentalidade, ao seu caracter, à sua educação, partilhar um pouco da sua sentimentalidade, falando mais ao sentimento que à razão, e sabendo que a simples acção simpática pode refazer um estado moral e mental, que um pouco de bondade e de piedade constituem o melhor bem que se lhes pode prestar"[3]. Termina esta parte da exposição com outra citação de Déjérine ao dizer "vereis ao interrogar os vossos doentes, que a humanidade é melhor do que se julga, e que se há tantos neuropatas é, talvez, porque há muitas boas pessoas que podem desprezar filosofias subtis, mas que sabem viver e amar e por isso muito têm que sofrer"[4]; e enfatizando que é com a autoridade de coração que o médico se impõe aos seus doentes, muito mais do que pela autoridade da sua inteligência e do seu saber[5].Termina indicando as lições clinicas com apresentações de doentes e as lições de anatomia clinica e semiologia nervosa dadas pelo primeiro assistente António Flores, e as noções gerais que os alunos poderiam adquirir de eletricidade médica, pois diariamente fazia-se electroterapia a doentes externos e internos do serviço.

---

[1] MONIZ, Egas – "Lição de abertura do Curso de Neurologia". A Medicina Contemporanea: Lisboa. nº 47 (1912), p. 371. Esta opinião traduz um aspecto da modernidade das concepções neurológicas que se mantém basicamente actual e que Moniz introduz em Portugal nesta lição.

[2] Idem, Ibidem, p. 371.

[3] Idem, Ibidem, pp. 371-372. Jules Déjerine, um grande neurologista da Salpetrière, e também psicoterapeuta, propunha uma psicoterapia de "reeducação moral" valorizando as emoções e a vida afectiva. Ver LOPEZ PIÑERO – Del hipnotismo a Freud. Madrid: Alianza, 2002. pp. 98-101.

[4] Idem, Ibidem, p. 372.

[5] Idem, Ibidem, p. 371. Moniz cita de novo Déjerine, que publicara em 1911 um livro sobre as psiconeuroses e o seu tratamento pela psicoterapia. Ver DÉJERINE, J.; GAUCKLER, E. – Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses et leur traitement par la psychothérapie. Paris: Masson, 1911.

Em 1914, Moniz publicou "As novas ideias sobre o hipnotismo. Aspectos médico-legais"[1] onde insiste sobre a histeria e as novas concepções, mas onde desenvolve o tema do hipnotismo. O autor começa por lembrar a voga imensa que o hipnotismo passou a ter depois de Charcot, até como passatempo de salões e espectáculos, mas passando depois de moda e sendo relegado para processos terapêuticos inúteis. Ora Babinski, tal como reduzira a histeria a proporções minúsculas e justas, também veio lançar grandes dúvidas sobre o hipnotismo, embora Moniz não concorde com ele de forma total. Relembra que a histeria dos seus tempos de estudante quase desaparecera, considerando que toda essa rara e extravagante sintomatologia que enchera os tratados clássicos tinha sido em grande parte cultivada, exagerada e como que criada pelos médicos sob a influencia de Charcot, criador da Neurologia e da escola da Salpêtrière. Relembra depois os inúmeros casos de paralisias histéricas que viu e como só uma vez pôde concordar com tal diagnóstico, sendo que em todos os outros casos se veio a demonstrar uma paralisia orgânica que mais tarde o prognóstico confirmou. Foi esse trabalho de revisão e de precisão dos limites da histeria[2] que Moniz atribui a Babinski que teria acabado com o "expediente-histeria"[3] que era um diagnóstico onde tudo cabia no seu quadro sintomatológico. Passa em revisão a definição de Charcot, mantida pelos discípulos como Raymond e Pitres, como doença com perturbações permanentes - os estigmas, e perturbações transitórias, que eram as mais visíveis e aparatosas, surgindo em geral de forma súbita e sob a influencia duma emoção: os ataques, as paralisias, as contracturas, o mutismo. Os estigmas quase sempre presentes, eram zonas de anestesia, geralmente hemianestesias, com abolição das formas de sensibilidade, abolição do reflexo faríngeo, hiperestesias de varias zonas, pontos dolorosos, zonas histerogenicas, perturbações visuais com aperto concêntrico do campo visual, diplopia, discromatopsia, paralisias oculares, ambliopia, até cegueira completa. Isto para não falar noutros sintomas de fundamento claramente orgânico, que Moniz enumera, como hemorragias, edemas e ulcerações, para mostrar os exageros a que a certa altura se chegava, sendo afinal um diagnóstico vago que apenas servia para resolver dificuldades e impedindo afinal a investigação mais rigorosa, que era fundamental. E lembra que a frase célebre de Charcot[4]"a histeria é a grande simuladora"

[1] MONIZ, Egas – "As novas ideias sobre o hipnotismo (Aspectos médico-legais) ". Separata da Revista da Universidade de Coimbra. Lisboa: Livraria Ferreira Editora.Vol III, nº4 (1914), pp. 5-30.
[2] Idem, Ibidem, p. 7.
[3] Idem, Ibidem, p. 7.
[4] CHARCOT, J.M. – L'Hystérie. Textes choisis et introduction par E. Trillat. Paris: L'Harmattan, 1998.

fora alterada por Babinski para "a histeria pode tudo simular"[1]. Como Moniz gostava de repetir, Babinski levou depois a cabo a revolta contra aquela imprecisão sintomática e anarquia clínica primeiro em 1901, depois em 1906[2] e finalmente em 1908 na célebre reunião da Sociedade de Neurologia de Paris[3]. Babinski salienta pois que a histeria seria um estado psíquico especial que se manifesta por perturbações ditas primitivas e por perturbações secundárias, dizendo que o que caracteriza as primitivas é a possibilidade de as reproduzir por sugestão em certos indivíduos, com uma exactidão rigorosa e de as fazer desaparecer sob a influência exclusiva da persuasão, e o que caracteriza as secundárias é que elas estão estreitamente subordinadas às perturbações primitivas[4].

Moniz considera que há um significado especial para a palavra sugestão, que seria uma insinuação má e para o termo persuasão que seria uma insinuação racional ou que pelo menos não estaria em contradição com a razão. Mas entende dever empregar nos dois casos a designação sugestão, que pode ser boa ou má, estar ou não em conflito com a razão mas em que há uma imposição, que é aceite. A definição de Moniz é pois: "a histeria é um estado psíquico especial caracterizado por perturbações que a sugestão pode reproduzir ou fazer desaparecer"[5]. Posta de lado a questão dos estigmas e assumindo a concepção de Babinski, Moniz conclui a primeira parte deste seu importante trabalho asseverando que: 1) A sugestão não pode alterar os reflexos. 2) Não é possível obter pela sugestão nenhuma das perturbações tróficas e circulatórias que classicamente entravam no quadro clínico da histeria. 3) Não é igualmente possível incluir as perturbações secretórias, hemorrágicas e a denominada febre histérica[6].

Na segunda parte, vai abordar o hipnotismo, tema a que a histeria (agora pitiatismo) andava intimamente ligada, pois considera que os fenómenos hipnóticos são da mesma natureza que os fenómenos histéricos, sendo a sugestão o elemento etiológico na produção dos dois

---

[1] MONIZ, Egas – "As novas ideias sobre o hipnotismo (Aspectos Médico-Legais)". Separata da Revista da Universidade de Coimbra. Coimbra.Vol III, nº 4, (1914), p.9

[2] Moniz refere que no Congresso Internacional de Medicina de Lisboa de 1906 ainda houve comunicações de médicos com preferência para "aceitar o mais maravilhoso como sendo o mais verdadeiro". Ver MONIZ, Egas, Ibidem, pp. 6-7.

[3] O pleno triunfo das ideias de Babinski, que Moniz assevera ter acontecido nessa reunião, não é corroborado por vários autores que fizeram uma revisão do tema, como Etienne Trillat, German Berrios, ou Pierre-Henri Castel. TRILLAT, E. – Histoire de L'Hystérie. Paris: Seghers, 1986. BERRIOS, G.E – The History of Mental Symptoms. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. CASTEL, P-H. – La Querelle de l'hystérie. Paris: Presses Universitaires de France, 1998.

[4] MONIZ, Egas, Ibidem, pp.9-10.

[5] MONIZ, Egas, Ibidem, p.10.

[6] MONIZ, Egas, Ibidem, pp.11-12.

estados. Tal facto levara o próprio Bernheim, da escola de Nancy[1], a modificar as suas ideias de separação dos dois estados, que tinham tornado rivais as duas escolas, defendendo a de Nancy a separação e autonomia das manifestações histéricas e hipnóticas e a escola da Salpêtrière que as aproximava e identificava[2]. Moniz considera que um indivíduo está hipnotizado quando após práticas hipnotizadoras (fixação do olhar num objecto brilhante, audição dum ruído monótono, pressão sobre os globos oculares, imposição verbal para que durma), aparecem certas perturbações nervosas, paralisias, contracturas, anestesias, que podem desaparecer e reaparecer às ordens do hipnotizador. Seria como nos casos de histeria para Moniz, mas para Babinski, o hipnotismo não cria nem exalta a sugestibilidade, não sendo mais que um sintoma da mesma sugestibilidade, mas Moniz não tem a mesma opinião, embora considere que há muito de verdade na afirmação de Babinski. Faz depois um bosquejo histórico da hipnose, nomeadamente a partir de Mesmer que em 1779 espalhou a doutrina do magnetismo animal, depois Puységur e depois o Abade de Faria que afastou a ideia de um fluido especial publicando-se em 1819 *De la cause du sommeil lucide*"[3], cuja importância é reconhecida por Bernheim em 1891[4], e antes ainda por Braid e Liébault, até que Charcot vem defender que o hipnotismo era um estado patológico que não se encontrava fora da histeria e caracterizado por três períodos: a letargia, a catalepsia e o sonambulismo que surgiam sucessivamente.

Charcot utilizou largamente a hipnose como meio terapêutico com grande sucesso, mas com o tempo foi perdendo adeptos e Moniz conclui que quase se não hipnotiza, o que se deve a que a psicoterapia em vigília veio substituir com vantagem a prática hipnótica. Vai depois apreciar em que consiste o estado hipnótico, a letargia e o sonambulismo. Ora Moniz enfatiza que não se compreende uma semi-simulação, ou existe ou não existe a simulação; o que há por vezes, escreve, são histéricas onde há simulação adicionada, a fim de chamar a atenção de médicos, pessoas de família, do público, mas torna-se necessário descriminar o que é do domínio do

---

[1] MONIZ, Egas, Ibidem, pp.12-13. Bernheim, estudioso do hipnotismo, defendeu que a sugestão era a chave dos factos hipnóticos, denunciou o que havia de artificial na descrição clínica espectacular da histeria feita por Charcot, defendendo uma psicoterapia sugestiva. Sobre a obra de Hippolite-Marie Bernheim, ver LOPEZ PIÑERO y MORALES MESEGUER – Neurosis y Psicoterapia. Un Estudio Histórico. Madrid: Espasa-Calpe, 1970. pp. 216-236.

[2] Não parece que a interpretação de Moniz esteja historicamente correcta. O papel de Bernheim foi importante ao mostrar o papel da sugestão e ao reinterpretar o papel da histeria da Salpêtriére. Babinski que fora adepto de Charcot é que foi modificando a sua opinião que se aproximou em parte das teses da escola de Nancy. Ver GAUCHET, M.; SWAIN, G. – "Du traitement moral. Remarques sur la formation de l'idée contemporaine de psychothérapie". Confrontations psychiatriques, nº26. (1986), pp. 19-40.

[3] FARIA, Abbé de – De la cause du sommeil lucide ou étude de la nature de l'homme. Paris: L'Harmattan, 2005. (original de 1819)

[4] BERNHEIM, H. – Hypnotisme, suggestion, psychothérapie. Études nouvelles. Paris: Doin, 1891.

inconsciente ou do consciente. E reforça a sua ideia que aquela designação semi-simulação pode deixar a impressão de que a histérica é sempre uma simuladora, e isso ele não aceita.[1] Reafirma depois a realidade do sono hipnótico, enquanto Babinski acredita apenas que é muito provável, e lembra Charcot, que procurava distinguir a catalepsia histérica da simulada e deu grande importância aos fenómenos somáticos do grande hipnotismo: a hiperexcitabilidade neuromuscular e a plasticidade cataléptica, e aqui Moniz concorda com Babinski que nenhum destes caracteres é exclusivo do sono hipnótico, não existindo pois caracteres somáticos objectivos que levem a um diagnóstico seguro diferencial dos dois estados. Em nota de rodapé, Moniz lembra que só a escola da Salpêtrière admitia a existência destes fenómenos somáticos; a escola de Nancy não os aceitava e nunca pôs em dúvida a existência do hipnotismo.

Outro problema era saber se a hipnotização podia ser realizada contra a vontade do indivíduo, sendo que a escola clássica achava que sim; pelo contrário, Babinski e Moniz acham que não se pode hipnotizar um indivíduo sem o seu consentimento[2]. Outra questão era se o estado de sugestibilidade estava aumentado durante o sono hipnótico, o que para a escola clássica era verdadeiro, mas para Babinski o sono hipnótico não criava sugestibilidade, constituia apenas uma sua manifestação. Ora Moniz vem dizer que na sua opinião a hipnose aumenta consideravelmente a sugestibilidade, fazendo com que muitos hipnotizados aceitem imposições que em vigília seria difícil aceitarem, tornando por isso útil nalguns casos a sua utilização terapêutica. E acrescenta que na sua opinião no processo psicoterapêutico em vigília, há afinal a provocação dum estado especial, inteiramente comparável ao do sono hipnótico. O processo psicoterápico é para Moniz um valioso meio de tratamento, mas acrescenta que "não são os largos arrazoados que convencem"[3] tendo pouca influência nas crenças e condutas dos pacientes; torna-se necessário um conjunto de qualidades intrínsecas, bondade, paciência, vontade e convicção que se resumem na arte de saber convencer, e ainda de condições extrínsecas entre as quais a nomeada do médico que faz com que o paciente se aproxime já num estado de grande credulidade. Conclui Moniz, dizendo que a psicoterapia em vigília sucedeu hoje ao hipnotismo e os benefícios que obtém são proporcionais às condições em que se realiza e para obter o convencimento se aproximam das que se dão na hipnose[4].

---

[1] MONIZ, Egas – As Novas Ideias sobre o Hipnotismo, pp.16-17.
[2] MONIZ, Egas, Ibidem, p.21.
[3] MONIZ, Egas, Ibidem, p.23.
[4] MONIZ, Egas, Ibidem, p.23.Ver LOPEZ PIÑERO, J.M; MESEGUER, J.M. – Neurosis y Psicoterapia. Un Estudio Histórico. Madrid: Espasa Calpe, 1970. Sobre a formação da ideia de psicoterapia, Ver GAUCHET, M.

Sobre a questão de saber se o hipnotizado esquece ao acordar, tudo o que se passou durante o sono, a escola clássica defendia que sim, mas Babinski veio afirmar que a amnésia não era total e Moniz assevera o mesmo, afirmando que aquilo que mais atingiu o hipnotizado na imposição sugestiva do hipnotizador, ou o que mais facilmente pode ser recordado por palavras ou actos, é o que é por ele confessado. O hipnotizado não é pois um autómato absoluto, sem espírito crítico, mas apenas alguém com um fundo de inconsciência e de abdicação da vontade, e é esse estado de receptividade para as sugestões alheias que facilita e o torna indicado como processo terapêutico, mas se for sugerido a prática dum acto que repugne à consciência do observado ele resistirá à imposição alheia. Também ninguém pode levar outrem à prática de um crime por acção hipnótica, assim como a possibilidade de violação em sono hipnótico é negada por Moniz, tema que era por vezes muito debatido. Finalmente, Moniz rejeita a possibilidade da utilização do processo hipnótico como meio de investigação criminal, pois tal processo estaria sujeito a todas as mistificações e só traria maus resultados[1].

Em 1915 publica na revista *A Medicina Contemporânea* um trabalho que resultou de uma primeira aula na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa: "As Bases da Psychoanalyse"[2] – Lição do Curso de Neurologia e que tem uma importância histórica, pois é o primeiro trabalho de índole científica a ser publicado em Portugal sobre o tema, e ainda porque Moniz era o professor de neurologia, e o professor de psiquiatria de Lisboa e os professores do Porto e de Coimbra, não faziam referência aos trabalhos de Freud e à psicanálise. A partir da 5ª edição *A Vida Sexual* (1922), passou a incluir um prólogo constituído pelo estudo "As Bases da Psychoanalyse". Neste sentido a parte introdutória é algo distinta do livro propriamente dito, embora Moniz escreva que o estudo filosófico e clínico da sexualidade veio a ser profundamente modificado pela escola de Sigmund Freud e que "a sua doutrina se tornou sobretudo célebre pela importância que o mestre de Viena atribui aos fenómenos da sexualidade na génese das neuroses"[3]. Kraftt-Ebing fora professor em Viena e Moniz considera que o terreno estava pois preparado por aquele ilustre

---

et SWAIN, G. – "Du Traitement Moral. Remarques sur la formation de l'idée contemporaine de psychothérapie". Confrontations psychiatriques. Paris: Specia. nº 26 (1986), pp.19-40.

[1] MONIZ, Egas, Ibidem, p.28.

[2] MONIZ, Egas – "As bases da Psychoanalyse". Lição do Curso de Neurologia. A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº 47, (1915), pp. 377-383.

[3] MONIZ, Egas – A Vida Sexual, Fisiologia e Patologia. Lisboa: Casa Ventura Abrantes, 14ª Edição, 1932. Ver prólogo. pp. XXI-XXII.

antecessor[1], que levou depois Breuer e Freud à concepção clínica e filosófica da psicanálise, publicando em 1895 um estudo sobre a histeria[2]. Refere-se também à escola de Zurique de Bleuler e Jung e à atenção que as doutrinas freudianas começavam a ter em França nomeadamente da parte de Henri Claude[3], em Paris. A intenção de voltar ao tema num estudo mais vasto ter-se-á gorado, permanecendo o livro *A Vida Sexual* algo discrepante da introdução sobre a psicanálise, até porque também não actualizou o tema sexológico. A visão higienista e eugenista é às vezes referida pelos comentadores da obra, mas estava generalizadamente em voga e era tónica corrente em todos os autores.

Com a *A Neurologia na Guerra* publicada em 1917 surge uma das mais importantes obras de Moniz[4]. O primeiro excerto desta obra sai ainda em 1916, nas páginas de *A Medicina Contemporânea* com o subtítulo "Lesões do crâneo e cérebro"[5]. O autor tem a coragem de abordar um tema de actualidade, dada a participação de Portugal na 1ª Grande Guerra. Abordava problemas neurológicos e também em vários capítulos, problemas psicopatológicos que atingiam os soldados na frente de combate. Estes problemas então praticamente desconhecidos, reafirmam o seu papel percursor e divulgador do que muitos anos depois, foi denominado estado de stress pós- traumático.

Publica em 1921 *O Conflito Sexual*, na revista *Portugal Médico*[6], resultado de uma conferência no Congresso Luso-Espanhol das Associações para o Progresso da Ciências, em Junho do mesmo ano. Apesar de centrado no tema da sexualidade, o autor retoma em boa parte o que escrevera no trabalho de apresentação da psicanálise, referindo depois os trabalhos sobre a sexualidade que vinham há muito interessando neurologistas e psiquiatras na interpretação etiológica e patogénica das perversões sexuais. É uma conferência com características didáticas que vai da sexualidade aos traumas afectivos, aos sonhos e mecanismos de defesa que ainda não faziam parte do ensino médico.

Mais tarde, em 1924, na revista *A Medicina Contemporânea*, publicou "Júlio Denis e a Psicoanálise"[7], que é um excerto de um capítulo do livro *Júlio Denis e a sua obra*[1] onde o

---

[1] KRAFF-EBING, R. – Psychopathia Sexualis avec recherches spéciales sur l'inversion sexuelle. Paris: Georges Carré ed., 1895.
[2] FREUD, S.; BREUER, J. – Études sur L'Hystérie. Paris: PUF, 1956. (original 1895).
[3] Henri Claude foi chefe de clínica e professor em Sainte-Anne. Apesar de ter reservas em relação à psicanálise, apoiou o movimento acolhendo no seu serviço vários psicanalistas, sendo também influente em Henri Ey e no seu organodinamismo.
[4] MONIZ, Egas – A Neurologia na Guerra. Lisboa: Livraria Ferreira, Editores,1917.
[5] MONIZ, Egas – "Neurologia na Guerra. Lesões do crâneo e cérebro". A Medicina Contemporanea, nº 51. (1916), pp. 401- 404.
[6] MONIZ, Egas – O Conflito Sexual. Portugal Médico, 3ºsérie, nº9. (1921), pp.385- 401.
[7] MONIZ, Egas – "Júlio Denis e a Psicoanálise".A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº24, (1924), pp.185-188.

autor prossegue e prolonga o seu interesse pela interpretação dos sonhos, agora numa investigação psicanalítica de âmbito literário, onde mostra conhecer autores como Rank, Freud, Lorenz e Reik, centrada no romance *Uma família inglesa*, e valorizando Júlio Dinis, autor da sua predilecção, por num trabalho exclusivamente literário ter dado valor a processos de investigação psíquica que só ultimamente criaram foros de processos científicos, considerando-o por isso como um psicólogo de rara originalidade[2].

Em 1925, publica *O Padre de Faria na História do Hipnotismo*[3]. Este livro, com uma parte histórica importante, aborda a vida e obra do Abade de Faria, José Custódio Faria (1756-1819), que nasceu em Goa, na Índia portuguesa, e que se notabilizou como magnetizador em Paris. A sua glória reside no facto de ter recusado a noção de existência do fluido magnético, considerando que obtinha o sono hipnótico ou lúcido sob sugestão. Assim para Faria a explicação psicológica triunfa sobre o fisicismo do magnetismo animal. Moniz divulga o seu contributo para o estudo do sonambulismo, na transição entre o período do magnetismo animal e do hipnotismo, em que ele teve um grande papel, sendo considerado um precursor da escola de Nancy. O livro de Moniz tem ainda o mérito de abordar o tema em Portugal, fazendo justiça aos trabalhos clássicos, principalmente franceses, mas também refere bibliografia portuguesa sobre o hipnotismo[4].

As realizações principais de Egas Moniz não cabem no âmbito temporal deste trabalho. Assim os importantes trabalhos e investigação na área da Neurologia não são abordados. Os seus trabalhos sobre sexualidade, psicanálise, hipnotismo e histeria, têm em comum um caracter pioneiro e divulgador em Portugal e contribuíram para a definição do campo classificativo das neuroses entre nós. A maior parte dos autores que se debruçam sobre a sua obra analisam principalmente as duas mais importantes realizações: a angiografia cerebral e a leucotomia pré-frontal[5].

---

1 MONIZ, Egas – Júlio Denis e a sua obra. 2 Vol. Lisboa: Casa Ventura Abrantes, 1924.

2 MONIZ, Egas – "Julio Denis e a Psicoanálise". A Medicina Contemporanea. Lisboa, nº 24 (1924), pp.187-188.

3 MONIZ, Egas – O Padre de Faria na História do Hipnotismo. Lisboa: Faculdade de Medicina. I Vol., 1925. Reedição com o título O Abade Faria na história do hipnotismo. Lisboa: Editorial Vega, 1977.

4 SEQUEIRA, Mont'Alverne de – Hypnotismo e suggestão. Lisboa: Adolpho, Modesto e Cª, 1888.
PESTANA, José – A sugestão e o hipnotismo na Medicina. Lisboa: Typ. Palhares, 1917. DALGADO, D.G. – Mémoire sur la vie de L'Abbé de Faria. Tournus: Éditions Labussière, 2000. (original 1906). ALVARES, Hypolito Francisco – O que é o Hypnotismo. Porto: Typographia de Viuva Gandra, 1889. CARVALHO, Joaquim Martins Teixeira de – Estudos sobre a suggestão e suas aplicações: Therapeutica Suggestiva. Coimbra: (s.n.),1888.

5 Ver a entrada sobre Moniz: PEREIRA, J.M. – Egas Moniz, António Caetano de Abreu Freire. In Dictionary of Medical Biography. W.F. Bynum & H. Bynum. London: Greenwood Press.Vol. 2, 2007. pp. 451-453.

Manuel Correia, o maior estudioso actual da sua obra, chama a atenção no seu principal livro[1] para uma mudança que ocorreu no campo cultural ultrapassando o culto mais ou menos tradicionalista e hagiográfico do sábio nobelizado e que se traduziu em novas e diferentes abordagens da sua obra. Foi importante a publicação de *Egas Moniz pioneiro dos descobrimentos médicos* por Barahona Fernandes[2] e posteriormente obras publicadas aquando dos 50 anos de atribuição do Prémio Nobel, predominantemente biográfica por Ana Leonor Pereira, João Rui Pita e Rosa Maria Rodrigues[3], e a obra colectiva *Egas Moniz em livre exame*, organizada por Ana Leonor Pereira e João Rui Pita[4]. Mais tarde, um livro de cunho biográfico de João Lobo Antunes[5], e uma interpretação crítica de Zbigniew Kotowicz[6] mostram como a sua vida e obra continuam a despertar o maior interesse da parte de investigadores de diversas formações.

3.7. JOSÉ DE MATOS SOBRAL CID (1877-1941), o inovador conceptual e a reforma impossível

José de Matos Sobral Cid nasceu em Lamego em 1877. Licenciado em 1900 e doutorado em Coimbra em 1901[7], pertencendo à geração de Elísio de Moura e Egas Moniz, presta em 1902 provas para lente da Faculdade de Medicina com a dissertação *Coimbra. Demografia e Higiene*[8]. Teve inicialmente que se dispersar pelo ensino de diversas especialidades como Pediatria, Obstetrícia e Medicina Interna, mas o seu interesse pela psiquiatria levava-o semanalmente ao Porto para ouvir as lições de Júlio de Matos. Ainda em Coimbra, fez uma notável Oração de Sapiência em 1907[9] onde estão presentes temas como a luta pela liberdade do ensino, a reforma de métodos pedagógicos, o desenvolvimento da livre investigação científica, ao serviço do país e das populações. Estudando a fundo as universidades francesas, inglesas e alemãs, conclui apelando à Universidade Portuguesa "…faz-se mister que, por um

[1] CORREIA, Manuel – Egas Moniz no seu labirinto. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2013.
[2] FERNANDES, H. Barahona – Egas Moniz pioneiro de descobrimentos médicos. Lisboa: Instituto de Cultura e Língua Portuguesa, 1983.
[3] PEREIRA, A. L.; PITA, J. R., RODRIGUES, R.M. – Retrato de Egas Moniz. Lisboa: Círculo de Leitores, 1999.
[4] PEREIRA, A. L.; PITA, J. R. (Organização) – Egas Moniz em Livre Exame. Coimbra: Minerva, 2000.
[5] ANTUNES, J. L. – Egas Moniz uma biografia. Lisboa: Gradiva, 2010.
[6] KOTOWICZ, Z. – Psychosurgery. The Birth of a New Scientific Paradigm. Lisboa: Centre for Philosophy of Science. University of Lisbon, 2012.
[7] CID, José de Matos Sobral – Teses de Medicina Teórica e Prática. Universidade de Coimbra, 1902.
[8] CID, José de Matos Sobral – Coimbra: Demografia e Higiene. 2 Vol. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1902.
[9] CID, José de Matos Sobral – Oração de Sapiência. Sessão de abertura do ano lectivo de 1907/1908. Lisboa: Edição do autor, 1908.

acto de viril energia, despedace a estrutura Napoleónica e inspirando-se no exemplo das Universidades alemãs, se regenere como Universidade Moderna, assente na dupla base – autonomia corporativa e livre investigação científica – por forma a desempenhar a sua tríplice função: preparar o profissional para a carreira, o cidadão para o Estado e o homem para a Ciência"[1].

Não parece haver dúvida que as influencias iniciais de Sobral Cid são similares às dos seus antecessores, mesmo em termos filosóficos e científicos. Em 1900, quintanista de Medicina, discursa nas exéquias do Professor Sacadura Botte[2], frisando duas ideias gerais: "Numa época indecisa e instável de lutas doutrinárias, num período em que justamente no campo da Terapêutica- a velha medicina metafísica impunha os sistemas de Burgraeve e Hanneman- terçava as ultimas pelejas e afrontava num último arranco o sol nascente do determinismo biológico e dos métodos experimentais, o professor teve a alta compreensão desse momento histórico e ferindo o bom combate das doutrinas novas, contribuiu para marcar na história da Faculdade e do Ensino Médico em Portugal- o advento da Positividade Biológica; Num momento em que com a hora alta da Positividade soa para a Medicina a hora crepuscular dum misticismo avassalador, numa época em que das ciências novas renasce a sombra das ciências passadas, em que uma neo-metafísica idealista avassala espíritos da envergadura de Werwor, Bunge e Rindfleisch e a fascinação do credo espiritista arrasta às dezenas os melhores nomes das Universidades britânicas, era bom, justo e salutar saudar o espírito dos bons combatentes de outrora e retemperar na memória dos gladiadores caídos as fundas energias que serão precisas para os combatentes de amanhã"[3].

Com a revolução republicana e a reforma do ensino médico que cria em Lisboa e no Porto Faculdades de Medicina, transfere-se para Lisboa, onde começou por trabalhar como director adjunto no Hospital de Rilhafoles e como professor do Curso de Psiquiatria Forense (1911), antes de reger a cadeira de Psiquiatria (1923), após a morte de Júlio de Matos.

Barahona Fernandes, tenta encontrar em Sobral Cid referentes na tradição filosófica francesa e nomeia Emile Meyerson e Leon Brunschvicg[4]. Este último autor é um neo-kantiano e Meyerson um epistemólogo de tendência realista que se opôs à concepção positivista das ciências, propondo uma ciência explicativa e não simplesmente descritiva. Em Portugal

---

[1] CID, José de Matos Sobral – "Oração de Sapiencia". In Obras, Vol.II. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1984. p. 328.

[2] CID, José de Matos Sobral – "Discurso".Coimbra Médica, nº 2. Coimbra, (1900), p.20.

[3] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, p.20.

[4] FERNANDES, H. Barahona. – "A Psiquiatria em Portugal". in Um Século de Psiquiatria. Lisboa: Serviço Científico Roche, 1984. p. 290.

Sobral Cid admirava muito Leonardo Coimbra, mas tinha perante o seu discurso intuitivo uma atitude crítica, e Barahona Fernandes não encontra influências directas de Leonardo Coimbra em Sobral Cid e nada há de Bergson na sua "antítese psicologista"[1]. Esteve filiado no Partido Regenerador, mas depois seguiu uma via extra-partidária. Foi deputado monárquico e Governador Civil de Coimbra (1903-1904). Em 1908, discordou da decisão dos professores de Coimbra de irem saudar D. Manuel II[2]. Não se livrou por tudo isto de acusações de "adesivagem"[3] após a proclamação da República em 1910. Seguramente o seu republicanismo seria mais moderado que o de Bombarda ou Júlio de Matos. Na vigência do regime republicano foi Ministro da Instrução em 1914 em dois governos de Bernardino Machado de quem era amigo e de Fevereiro a Dezembro de 1914, tentou lançar as bases da reforma do ensino, do primário ao universitário, elaborando um Relatório da Gerência do Ministério da Instrução Pública 1913-1914[4]. Depois desta experiencia, remete-se durante o resto da Republica e Estado Novo para fora do campo político[5], o que parece corroborar o testemunho de Fernando Ilharco, seu mais antigo assistente e íntimo colaborador[6].

Em 1913, publicou o trabalho "Clínica do crime" [7], apresentado numa aula do Curso de Psiquiatria Forense, referente a um caso clínico em que faz um diagnóstico de delírio crónico sistematizado de Magnan, referindo depois que Kraepelin o inclui, "um pouco forçadamente, na variedade paranoide da sua demência precoce, sem vantagem antes com prejuízo, dessa bela síntese clínica"[8]. Preferindo neste caso a nomenclatura francesa, passa em revista as fases do delírio crónico que Magnan descreveu, mas anotando que, de acordo com Júlio de Matos, num grande número de casos o delírio crónico não segue a marcha rigorosa e excessivamente esquemática que Magnan assinalou na sua evolução clínica. Também em 1913 publica outro

---

[1] FERNANDES, H. Barahona, Ibidem, p. 290.

[2] OLIVEIRA MARQUES, A. H. (Coordenador) – Parlamentares e Ministros da Primeira Républica (1910-1926) . Lisboa, Assembleia da Républica, Edições Afrontamento, 2000.

[3] MEDINA, João – "A adesivagem ou a Républica frustrada ao nascer". In História de Portugal, Vol. XIII. Amadora: Ediclube, 2004. p. 96.

[4] CID, José de Matos Sobral – "Relatório da Gerência do Ministério da Instrução Pública 1913-1914". In Obras. Vol II. Fundação Calouste Gulbenkian, 1984, pp. 363-400; 403-415; 419-455.

[5] MOREIRA, Tiago – José de Matos Sobral Cid. In Dicionário de Educadores Portugueses. Direcção de António Nóvoa. Porto: Asa Editores, 2003. pp. 333-335.

[6] ILHARCO, F. – Depoimento em Notas ao Prefácio de Barahona Fernandes ao I volume das Obras de Sobral Cid, pp.LIII-LXI. Conta que Cid "não quisera faltar a uma manifestação nacional a Salazar, não sendo admirador do político e do ditador, mas admirando o intelectual e o professor", vindo depois a sentir-se mal pelo esforço dispendido e morrendo subitamente ao fim do dia.

[7] CID, José de Matos Sobral – "Clínica do Crime". A Medicina Contemporanea. Lisboa, nº20 (1913), pp.153-158. (este trabalho não foi incluído nas Obras editadas pela Fundação Calouste Gulbenkian).

[8] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, p.156.

trabalho, “As fronteiras da loucura” [1]. Cita um caso de paranoia litigante dirigindo-se a um público médico e geral, não se limita a uma análise clínica a uma personalidade mórbida mas mostra que pode haver formas de loucura lúcida (consciente) que desafiam a noção corrente do que é a alienação mental. Estes trabalhos mostram que se foi dando uma evolução que se manifestará com clareza a partir de 1923.

Nesse ano publica um trabalho no *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa* com o título “Clínica das Perturbações da Memória”[2], onde começa por fazer uma revisão dos aspectos psicológicos e anátomo-fisiológicos, diferenciando os diversos tipos, para se centrar depois nas perturbações mnésicas nas diversas formas de alienação mental, distinguindo as alterações quantitativas e qualitativas. Agrupa as perturbações da memória em orgânicas, constitucionais, funcionais e psicogéneas, revendo depois o que se passa nas encefalopatias, resumindo os diversos tipos de agnosias e assimbolias e tratando depois a demência senil, a demência paralítica, o síndrome de Korsakoff e os estados confusionais e crepusculares, fazendo a distinção entre as situações de total suspensão da consciência, daquelas em que está turvada mas não completamente abolida, com referencia aos estados crepusculares históricos e epilepticos e às psicoses de guerra por emoção e esgotamento.

Mas é nas perturbações da memória de origem psicogénica que o trabalho traz considerações novas que se distinguem das ideias veiculadas por Júlio de Matos e Egas Moniz. Começa por desenvolver o tema da amnésia hístero-emotiva ou por repressão[3]: se um acontecimento especialmente emotivo afecta alguém com uma determinada constituição caracterial, pode desencadear-se um período de meditação que se prolonga por um particular estado de consciência e de sonho alucinatório semelhante aos estados crepusculares e oníricos. Durante este período, o doente representa por palavras e gestos, atitudes e mímica, a situação emocional, geralmente ampliada pela imaginação e expressa com relevo dramático. Ao despertar, a cena apaga-se na sua consciência e surge uma amnésia lacunar que abrange a emoção e todas as recordações associadas. O autor recorda que Charcot deu exemplos clássicos desta forma de amnésia e dá depois outro exemplo, este de Janet, referente a uma doente que lutara durante meses para salvar a vida da mãe gravemente doente e após o seu

[1] CID, José de Matos Sobral – “As Fronteiras da Loucura”. Movimento Médico, 9ºano, nº 5 e 6. Coimbra: Tipografia França Amado, (1913), pp.65-74.
[2] CID, José de Matos Sobral – "Clínica das perturbações da memória". Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa. Lisboa. Vol.LXXXVII, nº10-12, (1923). Ver Obras I. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1983. pp.25-72.
[3] CID, José de Matos Sobral – “Clínica das Perturbações da Memória”. In Obras I. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1983. pp. 57-58.

falecimento cai em estado crepuscular, não se recordando da cena dramática da morte nem dos acontecimentos dos meses precedentes.

Os exemplos de Sobral Cid podiam ser repetidos (Janet, Bleuler, Jung, Freud)[1], mas ele acrescenta que entre as psiconeuroses de guerra de origem emocional, ao lado das psiconeuroses de natureza ansiosa e das perturbações psicomotoras pitiáticas- contracturas, plicaturas, astasia, trémulos, figura também um certo número de estados crepusculares análogos aos da histeria emotiva, seguidos de amnésia[2]. Diferencia a amnésia lacunar da histeria, da amnésia pós-onírica, pois esta é definitiva, enquanto na primeira o processo é de natureza diferente (psicogénese), sendo que nos estados crepusculares hístero-emotivos, as recordações subsistem na totalidade e podem ser revividas em todos os detalhes, quer provocando a crise, quer quando se reproduz acidentalmente. O complexo, esquecido na vigília, pode ressurgir nos sonhos e pode ser aparente uma reacção afectiva quando se realiza uma percepção ou representação mental que com ele tenha estreitas relações associativas. Esta amnésia é sistematizada e o trauma psíquico e as representações a ele associadas formam um sistema coerente, cimentado pela afectividade, cujos elementos têm um destino comum: “o olvido nos períodos intercalares e a revivescência em massa nas crises paroxísticas”[3]. Cid acrescenta que a perseverança, se associada a uma boa técnica psicanalítica, pode conseguir a reprodução mnésica do trauma na consciência do doente, sem romper o seu equilíbrio psíquico. Conclui dizendo que a amnésia da histeria exprime simplesmente a incompatibilidade da personalidade com uma representação ou núcleo de representações “particularmente penosas ou inaceitáveis, e por isso tendem a ser banidas da consciência”[4].

Quanto a Pierre Janet, a quem se devem os primeiros trabalhos de explicação psicogenética das neuroses, atribui a amnésia histérica a uma “insuficiência da síntese psicológica”[5], mostrando-se a personalidade do doente incapaz de assimilar e integrar no sistema psíquico o complexo mental traumatizante, que ficaria um sistema psicológico autónomo, dissociado da personalidade e inexistente para a consciência. Mas se este complexo dissociado transpõe o limiar da consciência, invade-a na totalidade, realizando a crise paroxística. A esta

[1] São os autores mais representativos do novo movimento psicodinâmico renovador.
[2] CID, José de Matos Sobral – “Clínica das Perturbações da Memória”. In Obras I. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1983. p. 58. Sobral Cid faz para as psiconeuroses de guerra uma formulação abrangente, definindo variadas formas de apresentação.
[3] Idem,Ibidem, p.60. (ed. original 1923).
[4] Idem, Ibidem, p. 60.
[5] JANET, P. – Les névroses. Paris: Flammarion, 1909. Ver SCHWARTZ, Leonard – Les névroses et la psychologie dynamique de Pierre Janet. Paris: Presses Universitaires de France, 1955.

insuficiência da síntese psicológica, opõe Freud[1] a existência de um processo dinâmico, a repressão[2], que procura manter na periferia do campo de consciência ou rejeitar para fora dela, todas as representações penosas; trata-se pois de um mecanismo de defesa psicológica de autoprotecção do sujeito. Tal repressão inicia-se na infância, nomeadamente sobre as recordações afectivamente carregadas, ligadas ao instinto sexual, em conflito com as inibições ligadas à educação e à cultura. Esta censura explicaria muitos lapsos, actos falhados e esquecimentos da vida quotidiana que parecem casuais. E acrescenta que à força centrípeta da repressão, opõe o complexo reprimido a força expansiva centrífuga, inerente à tonalidade afectiva que o reveste, dependendo as vicissitudes da neurose deste sistema de forças antagónicas. Apesar da eficácia da repressão, a análise psicológica da histeria mostra a existência, mais ou menos frequente no estado de lucidez, de certas reacções emocionais, actos automáticos, tendências associativas, que só a existência de um complexo pode explicar, tornado subconsciente mas presente no psiquismo. Quando o complexo invade o campo da consciência, surge a crise ou o estado crepuscular paroxístico. Conclui Sobral Cid citando Janet, pela incompatibilidade de dois sistemas psicológicos: o da personalidade e o da representação traumatizante, sendo que a presença de um implica a ausência do outro e assim a histeria pode conceber-se como a "sucessão alternante de duas amnésias, a da personalidade nas crises paroxísticas, a do complexo nos períodos intervalares"[3].

Sobral Cid trata depois da amnésia na hipnose provocada e pós-hipnótica, começando por referir nos estados de hipnose profunda as relações psíquicas do paciente com o mundo externo através do hipnotizador, podendo este sugerir a amnésia de uma recordação ou a alucinação da memória para um acontecimento não vivido. Lembra depois que Breuer e Freud[4] mostraram a possibilidade de obter na histeria, mediante a hipnose provocada, a reminiscência de recordações penosas de factos associados ao desenvolvimento sexual infantil, submersos no subconsciente pelo mecanismo da repressão que determina parte da sintomatologia da neurose; no entanto acrescenta que também pode ser conseguido o mesmo resultado em vigília, empregando outros processos psicanalíticos. Compara depois as perturbações da memória, hipnóticas e pós-hipnóticas, com as perturbações mnésicas da

---

[1] FREUD, S. – Introduction a la psychanalyse. Paris: Payot, 1926. (original 1916). Sobral Cid compara-as e parece colocar-se numa posição equidistante face às concepções de Freud e de Pierre Janet.

[2] O termo repressão foi utilizado mas passou a ser preferível utilizar o termo recalcamento, que decorre de um mecanismo inconsciente, enquanto a repressão procura suprimir de forma consciente uma ideia ou afecto de conteúdo desagradável. Ver ROUDINESCO, E; PLON, M. – Dicionário de Psicanálise. Lisboa: Editorial Inquérito, 2000.

[3] CID, Jose de Matos Sobral, Ibidem, p.62.

[4] FREUD, S; BREUER, J. – Études sur L'Hystérie. Paris: PUF, 1956. (original 1895).

histeria, mostrando que são tão semelhantes que se lhes atribui o mesmo mecanismo. Foi mesmo esta semelhança que levou Charcot a identificar a hipnose com a histeria e justificou o que chama de “dogma da Salpêtriere” [1], que considera que os estados hipnóticos eram apenas manifestações paroxísticas da neurose, provocadas artificialmente. A tese oposta, de Bernheim e da escola de Nancy, só seria aplicável aos estados de hipnose superficial, que podem ser obtidos em quase todos os neuropatas e mesmo em normais, e que nada tem que ver com o sonambulismo hipnótico nem com a histeria[2].

Sobral Cid afirma pois dever aceitar-se que a constituição psíquica dos indivíduos susceptíveis de serem hipnotizados se caracterizava, como a dos histéricos, pela fácil dissociabilidade da consciência, ou, de acordo com Freud, pela “existência de um complexo facilmente liberável mas fortemente reprimido”[3], e a amnésia pós-hipnótica resultaria, como a histérica, da submersão no subconsciente das imagens mentais por ela atingidas. Mas mostra-se convencido que o estado hipnótico não implica a suspensão de toda a actividade psíquica autónoma do paciente, ao contrário da opinião clássica. Explica a hipnose supondo que no transe se produz uma comutação que desvia o curso da actividade psíquica do mundo exterior e objectivo, para “ir acender e iluminar, no foro íntimo do sujeito, os fogos multicolores de representações mentais de agradável e deleitosa tonalidade afectiva”[4]. Apenas com o hipnotizador o sujeito se encontra psicologicamente relacionado enquanto se mantiver a situação autística, sempre consentida ou até desejada em que semi-voluntáriamente se colocou; existindo pois uma intensa vida psíquica, mas liberta do controle da realidade. Todas as representações mentais inseridas na mente do sujeito durante a hipnose estabelecem um forte vínculo associativo com o complexo autístico que tomou conta do campo da consciência, sendo pois a amnésia hipnótica e a sua anulação, estados psíquicos secundários derivados da repressão e da libertação provocada de complexos autísticos.

Estabelece depois uma comparação com a paranoia: enquanto a amnésia histérica é determinada pela repressão no subconsciente de um complexo ídeo-afectivo traumatizante, na paranoia [5] seria explícita a presença no centro do campo de consciência de um núcleo de

---

[1] Sobral Cid refere aqui duas concepções antagónicas e enfrentadas para os estados hipnóticos entre Bernheim e a escola de Nancy, versus Charcot e a escola da Salpêtrière. Ver CASTEL, Pierre-Henri – La Querelle de L’Hystérie. Paris: PUF, 1998.

[2] Ver BARRUCAND, D. – Histoire de L’Hypnose en France. Paris: PUF, 1967.

[3] CID, Jose de Matos Sobral, Ibidem, p.65.

[4] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, pp.62-67.

[5] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, pp.67-71. Esta caracterização psicológica das perturbações mnésicas na paranoia, é oposto à de Júlio de Matos.

ideias prevalentes, fortemente radicado na personalidade que comanda toda a sintomatologia psíquica, incluindo as perturbações da memória em progressivo desenvolvimento.

Nas psicoses afectivas, nomeadamente na melancolia, pode haver ilusões da memória, condicionadas pela perturbação primária da afectividade. As recordações são transformadas no sentido dos afectos dominantes e assim todo o passado é visto a uma luz sombria e de um ponto de vista pessimista. Se a melancolia se torna delirante com ideias de culpa e pecado, o melancólico pode também chegar à falsificação do passado e à extensão retrospectiva do delírio [1]. Também nos maníacos se podem encontrar falsificações mnésicas que podem persistir após o episódio.

Publica depois dois trabalhos em 1923 e 1924 sobre psicoses sintomáticas[2], muito interessantes porque se manifestam principalmente em doentes não asilados, mas sim internados em hospitais gerais ou ambulatórios, até aí fora do campo de observação do alienista. Tratava-se de quadros clínicos de encefalopatias agudas febris, geralmente só conhecidas dos internistas dos hospitais gerais. O primeiro, "Psicoses sintomáticas das doenças infecciosas agudas"[3] e o segundo, "Psicoses sintomáticas das doenças gerais e dos órgãos da vida vegetativa"[4]. Assevera que o estudo destas psicoses tem contribuído poderosamente para "reintegrar a patologia mental na orientação e métodos da patologia interna, constituindo um terreno comum, onde o alienista e o médico prático se encontram em íntimo contacto" [5].

Mas é com "Classificação e sistemática geral das psicoses"[6] que publica um texto fundamental e antológico da psiquiatria portuguesa, revendo de forma magistral as principais classificações anteriores das doenças mentais e introduzindo os autores da modernidade psiquiátrica do século XX, actualizando a psiquiatria portuguesa nos seus parâmetros teóricos. Numa nota sucinta mas capital na primeira página do trabalho, afirma que "atingimos a compreensão científica de uma psicose: 1) quando conseguimos explicar causalmente os

---

[1] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, pp.71-72.

[2] Estes dois trabalhos não foram incluídos nas obras de Sobral Cid editadas pela Fundação Calouste Gulbenkian. CID, José de Matos Sobral – Obras. Psicopatologia Clínica e Psicopatologia Forense.Vol I.Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1983; CID, José de Matos Sobral – Obras. Outros Temas Psiquiátricos. Problemas de Ensino e outros Temas.Vol II. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1984.

[3] CID, José de Matos Sobral – "Psychoses Symptomaticas das doenças infecciosas agudas". A Medicina Contemporanea. nº12 (1923), pp. 89-93; nº15, pp.113-117.

[4] CID, José de Matos Sobral – "Psychoses Symptomaticas das doenças gerais e dos orgãos da vida vegetativa". A Medicina Contemporanea. nº10, (1924), pp. 73-77; nº12, pp. 92-94; nº32, pp.250-253; nº33, pp.260-262.

[5] CID, José de Matos Sobral – "Psychoses Symptomaticas das doenças gerais e dos orgãos da vida vegetativa". A Medicina Contemporanea, (1924), nº33, p.262.

[6] CID, José de Matos Sobral – "Classificação e sistemática geral das psicoses". Lisboa: Lisboa Médica, (1924), pp.209-223; pp.295-309.

sintomas que apresenta, em termos anátomo-fisiológicos, como expressão de um processo patológico do encéfalo. 2) quando chegamos à inteligência psicológica dos actos do alienado, considerados como manifestações da sua personalidade e das suas reacções sobre o meio ”[1]. Esta importância nova e já considerada científica, atribuída à compreensão dos actos do paciente no seu contexto social, era anteriormente impensável entre nós e reflecte influências gerais de novas correntes científicas, filosóficas e ideológicas e a assimilação de autores como Janet, Freud e Jaspers que, de modo diverso, reintroduziram na medicina mental a subjectividade individual.

Na segunda parte do trabalho, considera que as classificações inspiradas estritamente no critério etiológico ou sintomático sofrem de um defeito capital, que é não terem em consideração a evolução habitual, sendo que a “lei evolutiva de um determinado processo mórbido tem mais valor taxonómico do que a causa, nem sempre específica, ou do que a sua forma sintomática, muitas vezes acidental”[2]. E, em termos práticos, uma classificação puramente etiológica ou sintomática não habilita o clínico a deduzir da rubrica nosográfica o prognóstico de cada caso.

Seguidamente, o autor dá o exemplo da demência paralítica, uma das primeiras espécies nosográficas isoladas pelos alienistas, mostrando que foi definida, não tanto pela sua sintomatologia psíquica e somática, o delírio expansivo e a disartria, mas por um aspecto fundamental da sua evolução: a rápida perda da inteligência e a queda numa demência global. Sobral Cid dá exemplos da organização de vários quadros clínicos, como a loucura circular e o delírio crónico de evolução sistemática e conclui que é no entanto a Kraepelin[3] que cabe a glória de ter atribuído à evolução das psicoses o valor de um carácter dominante e de o ter aplicado sistematicamente visando a delimitação em grupos naturais. Considera por isso que a sua obra psiquiátrica é o sólido alicerce sobre o qual se está edificando a psiquiatria contemporânea.

Assim se chega segundo Sobral Cid ao isolamento do caos dos quadros clínicos das psicoses endógenas de duas espécies mórbidas, duas famílias naturais de psicoses, a psicose maníaco-depressiva e a demência precoce[4]. A demência precoce aparece dividida em três formas,

---

[1] Idem, Ibidem, p.209.
[2] Idem, Ibidem, p.295.
[3] A concepção que aparece tímidamente em 1893, na 4ª edição do Tratado de Psiquiatria de Kraepelin, surge depois com toda a amplitude na 5ª edição (1896) e na 6ª edição (1899), considerada hoje a edição clássica. KRAEPELIN, Emil – Introduction à la Psychiatrie Clinique. (original 1905). Paris: Navarin, 1984.
[4] CID, José de Matos Sobral – "Classificação e sistemática geral das psicoses”. Lisboa: Lisboa Médica, (1924), p.298. A partir de 1899 esta distinção é mantida.

hebefrénica, catatónica e paranoide. Quanto à monografia de Bleuler, é considerada marcar um assinalável progresso na compreensão psicológica da doença, para a qual Bleuler[1] propôs a designação mais adequada de esquizofrenia. Sobral Cid historia depois as designações catatonia e hebefrenia e por fim discute a designação mais polémica, demência paranoide, que correspondia ao delírio dos degenerados da escola de Magnan, de conteúdo polimorfo e fraca sistematização. Por outro lado, considera que tendo depurado o conceito de paranoia das suas "formas espúrias e bastardas – confabulatória, fantástica, sistemática (que equivalia ao delírio crónico de Magnan), Kraepelin transferiu-as para as demências paranoides, ampliando consideravelmente os seus domínios"[2].

De acordo com Kraepelin, afirma que as diferentes formas de demência precoce não são mais do que aspectos diversos, fases sucessivas de um mesmo processo geral, algumas vezes agudo, mais frequentemente cronico, em regra descontínuo, mas geralmente progressivo e que termina num estado de invalidez psíquica. Esta deterioração é definida na edição de 1899, mas na 8ª edição, o autor reduziu um pouco os limites da demência precoce, excluindo dos seus domínios as formas espúrias da paranoia, formando com elas um outro grupo, as parafrenias[3].

Passa depois a examinar o termo demência precoce, que Kraepelin foi buscar a Morel[4], que primeiro o utilizou, mas mostra que a designação não foi feliz: uma boa parte dos casos, especialmente da variedade paranoide, iniciam-se depois dos 30 anos, as formas catatónicas podem surgir muito mais tarde, daí o paradoxo de uma demência precoce tardia, e até, por vezes, pré-senil. Por outro lado se certas formas caminham rápidamente para a demência, outras são insidiosas e de evolução cronica e podem prolongar-se e até se deterem na sua evolução, sem que se produza um défice psíquico socialmente apreciável. Daí perceber-se que alguns autores tenham vindo a criticar a ampliação desmedida dos limites da demência precoce levada a cabo por Kraepelin.

Diferencia depois a demência orgânica, mostrando que a demência esquizofrénica atinge funções psíquicas muito mais complexas e de ordem mais elevada, sendo perfeitamente

[1] BLEULER, Eugen – Dementia Praecox ou Grupo das Esquizofrenias. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. (Publicação original 1911).

[2] CID, José de Matos Sobral – "Classificação e sistemática geral das psicoses". Lisboa: Lisboa Médica, (1924), p. 300.

[3] KRAEPELIN, Emil – Les Paraphrenies. Analytica 19. Paris: Navarin, 1980.

[4] A hipótese de uma progressão linear para o conceito de Esquizofrenia é actualmente posta em causa por German Berrios e outros autores que pelo contrário acham que a continuidade existente entre as concepções de Morel, Kraepelin, Bleuler e Schneider é um mito. Ver BERRIOS, G; LUQUE, R.; VILLAGRAN, J. – "Schizophrenia: A Conceptual History", International Journal of Psychology and Psychological Therapy, Vol. 3, nº 2 (2003), pp.111-140.

compatível com a integridade da memória, da atenção e da percepção, exprimindo-se por uma atitude especial da personalidade ante o mundo exterior e o interior, o real e o subjetivo, por uma forma singular do pensar, do querer e do sentir, conduzindo à degradação da sua eficiência pragmática e à perda da sua capacidade de "autocondução psíquica"[1]. A análise psicológica penetrante revela as associações bizarras, o pensar autístico, a perda da elasticidade e da modulação afectiva, negativismo e bloqueio psicomotor e ideativo do doente.

Mas a mais grave objecção contra a concepção de demência precoce é a existência de quadros sintomáticos semelhantes à esquizofrenia sob a influência de factores etiológicos exógenos – traumatismos cranianos, comoção cerebral, parto, intoxicações e toxi-infecções; ou fora da demência precoce, na melancolia evolutiva, na demência paralítica, e especialmente no decurso de psicoses tóxicas e toxi-infecciosas. Sobral Cid considera por fim que lhe parece legítimo supor que exista uma inferioridade congénita ou efeitos nocivos de um processo auto-tóxico-disendocrinico ainda desconhecido. Cid admite dever considerar-se a demência precoce como um processo autónomo, não só em relação às outras psicoses endógenas, como em relação às psicoses exógenas que por vezes apresentam a mesma sintomatologia.

Quanto à psicose maníaco-depressiva, que acha dever chamar-se maníaco-melancólica, segunda família natural das psicoses, descreveu-a Kraepelin pela primeira vez na 6ª edição do Tratado (1899). Apesar de os clínicos franceses terem bem descrito a loucura circular e de formas alternas com os ciclos maníaco-depressivos, continuaram a ser descritas em separado acessos isolados, intermitentes ou esporádicos, e alguns grandes patógrafos como Krafft-Ebing, dividiam estes quadros em categorias nosológicas diferentes – psiconeuroses e degenerescências psíquicas. Foi Kraepelin quem veio discutir os estados mistos já anteriormente descritos e a ciclotimia. Não havia pois razão para considerar a mania e a melancolia simples, a loucura intermitente, maníaca, melancólica, alterna, de dupla forma e circular como entidades distintas, mas sim a promover a sua reunião numa família – a psicose maníaco-depressiva[2].

Sobral Cid considera ainda que as duas grandes psicoses se ligam uma à outra por formas de transição que a hibridação das duas espécies porventura explica. Os chamados estados mistos melhor poderão compreender-se como psicoses híbridas, participantes em simultâneo da loucura maníaco-depressiva e da esquizofrenia. E acrescenta que se a natureza se encarrega de

[1] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, p.302.
[2] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, p.307.

aproximar as duas grandes psicoses constitucionais por numerosas formas intermediarias, também as separa e diferencia quando se comparam as suas formas típicas. Assim, conclui que à família maníaco-depressiva pertencem todas as psicoses endógenas que apresentam oscilações reversíveis da tonalidade afectiva, no sentido da exaltação ou da depressão, com modificações da psicomotricidade e do tempo dos processos psíquicos. A periodicidade rege a sua marcha e nunca conduz a um estado terminal de enfraquecimento psíquico. O processo biológico caracteriza-se pela reversibilidade e capacidade de restitutium ad integrum[1]. Nas esquizofrenias agrupam-se todas as psicoses endógenas que se caracterizam pela dissociação e perda de sintonia das funções psíquicas, e a progressividade é a sua lei evolutiva. Mesmo quando há remissões estas nunca são completas e cada surto deixa um certo défice na personalidade psíquica, acabando por levar a uma "demência sui generis"[2]. Cid termina o longo trabalho dizendo que pela primeira vez na história da psiquiatria se está perante a possibilidade de uma classificação natural das psicoses e que a síntese nosográfica apresentada constitui "o maior progresso realizado pela sistemática psiquiátrica no primeiro quartel do seculo XX"[3].

No plano das ideias psiquiátricas Cid e Moniz, no período da República, renovam as classificações e a delimitação do campo das neuroses e das psicoses, e dos quadros orgânicos, operando a redefinição da neurologia e da psiquiatria e suas relações, que se mantém no essencial semelhante aos dias de hoje.

Durante o século XIX, as neuroses eram consideradas afecções orgânicas enquanto as psicoses eram referidas a estados psicológicos, experienciais[4]; as psicoses seriam equivalentes aos elementos mentais ou psíquicos num processo psicofísico, enquanto as neuroses eram referidas aos aspectos que pertenciam ao sistema nervoso. No início do século XX as neuroses são reduzidas e os seus poucos membros redefinidos como perturbações psicológicas e as psicoses vão abarcar uma classe crescente de afecções cujo denominador comum era a sua natureza orgânica.

---

[1] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, p.308.
[2] Idem, Ibidem, p.308.
[3] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, p.309. Este trabalho, publicado na Lisboa Médica, marca no plano das ideias a aceitação da síntese kraepeliniana na classificação das psicoses que se generaliza internacionalmente durante o século XX. Por isso Sobral Cid é juntamente com Egas Moniz na década anterior, quem renova e actualiza a classificação das doenças neuropsiquiátricas em Portugal.
[4] BERRIOS, G. E – "Historical Aspects of Psychoses: 19th Century Issues". British Medical Bulletin, Vol. 43, nº3. (1987), pp. 484-498.

Uma conferência feita em Coimbra, na Sala dos Capelos em 1924 e depois publicada com o título "A Vida Psíquica dos Esquizofrénicos"[1] é uma síntese sobre a esquizofrenia, onde estão presentes influências novas entre nós. O autor começa por salientar, em comparação com outros tipos de psicoses, as dificuldades que se levantam à compreensão psicológica da esquizofrenia e a dificuldade de se estabelecer um relação intelectual e afectiva com os doentes. O conceito central, que domina a sua concepção psicológica, é a atitude da personalidade ante o mundo exterior – o alheamento da realidade, a perda de contacto com o mundo real, conduzindo às reacções negativistas ante as influências do meio, ou à simples renúncia a qualquer acção pragmática dirigida sobre o mundo real. O hábito de introversão psíquica foi chamado de autismo por Bleuler[2], que Cid considera o autor que mais fundo penetrou na psicologia da esquizofrenia. O autor vai depois analisar a psicastenia de Janet e a despersonalização, que aproxima destes estados. As alucinações são enumeradas e explicitadas mostrando como as representações são projectadas no espaço e integradas no quadro das percepções do mundo exterior. Quanto aos delírios, o autor defende que o mais poderoso agente de falsificação delirante do mundo real é a afectividade, enfatizando que os afectos orientam a conduta e influenciam a actividade lógica, sendo que a sua influência na elaboração intelectual é muito maior do que se pensa por preconceito racionalista. E vai definir os "complexos ideo-afectivos"[3] como sistemas autónomos de representações, ligados entre si, mais por um vínculo afectivo do que por laços associativos de ordem lógica ou racional,[4] designando depois os principais complexos e os seus conteúdos.

A acção psicogénea dos complexos e a influência falsificadora sobre o raciocínio exerce-se de formas diversas, distinguindo três tipos: complexos paranoicos, complexos paranoides e complexos obsessivos[5]. No primeiro, destaca os erros paralógicos e paramnésicos, sendo toda a experiencia psicológica do presente e do passado elaborado no sentido do complexo, na construção de "uma monstruosa arquitectura silogística"[6], contínua e progressiva. No

[1] CID, José de Matos Sobral – "A vida psíquica dos esquizofrénicos". Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa. Lisboa: Tomo LXXXVIII, Março-Maio 1924. Ver Obras I. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1983, pp.103-161.

[2] BLEULER, Eugen – Dementia Praecox ou Grupo das Esquizofrenias. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. (Publicação original 1911).

[3] Jung, numa obra importante, mas nem sempre valorizada, fez uma análise psicológica da demência precoce e defendeu e explicitou a noção de "complexos afectivos". JUNG, C.G. – Psicologia de la Demencia Precoz. Barcelona: Paidós,1987. (original de 1907).

[4] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, p.133.

[5] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, p.138.

[6] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, p.140.

segundo, ao contrário da paranoia, os complexos estão dissociados do Eu, sendo reprimidos mas persistem no subconsciente, exercendo influencia sobre a actividade mental.

Sobral Cid conclui dizendo que a psicose encarada nesta abordagem psicológica perde o que tem de misterioso e apresenta um novo sentido. Assim, "todos os sintomas psicóticos, desde a amnésia até à alucinação e ao delírio, são apenas, em última análise, a expressão mediata ou imediata, o directo ou indirecto efeito dos mecanismos autoprotectores de que a psique se serve para suprimir a dor moral ou para alcançar, pelo menos, a ilusão do prazer. Pode mesmo dizer-se que a psicose não é mais do que a história das tentativas mais ou menos infelizes da personalidade para se evadir de uma situação incomportável, até encontrar fora da realidade a satisfação subjectiva das suas aspirações"[1].

Na última parte, depois de afirmar que não faz uma esquizofrenia quem quer, aponta para a existência desde o berço de uma determinada constituição psicopática, uma prévia constituição mórbida e vai socorrer-se dos trabalhos da escola de Tubingen e Munique, que discriminam dois tipos heredobiológicos específicos de constituição – a sintónica e a esquizoide – existindo um modo especial de ser e reagir nos domínios afectivos, intelectivos e volitivos, servindo de base às duas grandes famílias nosográficas em que se dividem as psicoses constitucionais. Dentro de cada uma destas duas classes podem distinguir-se diversas variedades, consoante as qualidades do humor, o tempo dos processos psíquicos, a psicomotricidade e a atitude social individual, o que poderia ser um vislumbre de uma classificação de caracteres e temperamentos natural e científica. Vai em seguida guiado pelos trabalhos de Kretschmer[2], caracterizar o sintónico e o esquizoide, e reafirma que as formações elementares de cuja síntese resulta a personalidade são os complexos, "constelações de processos psíquicos, em constante evolução, ligados entre si por um forte vínculo afectivo, procedentes de uma mesma tendência instintiva e procurando mais ou menos imperiosamente e por conta própria a sua plena e imediata satisfação"[3].

Volta a mencionar os mecanismos de defesa - repressão, sublimação, transfert – como os grandes processos bio-psíquicos que presidiriam à longa e laboriosa gestação da personalidade, fazendo parte do património da humanidade, condicionados pela educação e

---

[1] CID, José de Matos Sobral – A vida psíquica dos esquizofrénicos. In Obras. Psicopatologia Clínica e Psicopatologia Forense.Vol. I. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1983. p. 147.

[2] KRETSCHMER, E. – Constitución y Carácter. Barcelona: Editorial Labor, 1954. (Edição original 1921)

[3] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, pp.153-154. O autor parece nesta definição operar uma espécie de síntese entre Bleuler e Kretschmer.

cultura além das disposições que o indivíduo recebe pela hereditariedade, falando depois de uma evolução psico-ontogénica.

Resume no final, “o que caracteriza o processo psicológico da esquizofrenia é a dissociação da personalidade em complexos autónomos, centrados nas tendências instintivas primarias infantis, que a evolução psico-ontogénica não logrou socializar”[1].

Em síntese, com este trabalho[2], o autor aproxima-se de uma compreensão psicológica dos sintomas, demonstrando o seu carácter evolutivo e psicodinâmico na linha de Bleuler, realça a importância dos complexos ideo-afectivos tal como conceptualizados por Jung, aceitando os mecanismos de defesa definidos por Freud, e procurando ainda incorporar os ensaios caracterológicos de Kretschmer.

Com estes dois últimos trabalhos Sobral Cid renova as ideias psiquiátricas em Portugal, perfilhando a classificação de Kraepelin das grandes psicoses, recusando definitivamente o conceito de degenerescência aplicado a vários grupos de doentes, e incorpora também a designação de esquizofrenia de Bleuler para substituir a demência precoce que considerava inadequada.

Na Oração de Sapiência que faz na Universidade de Lisboa em 1925[3], sentimos já o peso de um balanço crítico e de um desengano: “obstáculos e impedimentos externos, independentes e por vezes superiores à boa vontade dos Mestres; as obras da Maternidade estão suspensas, e é com desesperadora lentidão que avançam as do novo Manicómio, que aliás não resolve cabalmente nem o problema da assistência aos alienados nem o do ensino da Psiquiatria”[4]. E quanto ao ensino salienta “…uma campanha em prol do ensino superior que postule a necessidade de um grande esforço financeiro, dentro do nosso depauperado orçamento, vai encontrar no seu caminho múltiplos obstáculos e sérias resistências, antes de vencer a indiferença do Estado e de despertar o clássico torpor da nossa Administração”[5].

E alargando o balanço crítico, “a pesada herança da grande guerra, as desvairadas lutas políticas em que apaixonadamente e sem tréguas nos empenhamos; a instabilidade dos governos e a nossa incapacidade administrativa; a promoção à burocracia das insaciáveis

---

[1] Idem, Ibidem, pp.159-160.
[2] CID, José de Matos Sobral – "A vida psíquica dos esquizofrénicos". Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa. Lisboa: Tomo LXXXVIII, Março-Maio 1924.
[3] CID, José de Matos Sobral – Oração de Sapiência proferida na Universidade de Lisboa a 8 de Dezembro de 1925: Aspirações Universitárias. A Universidade ao serviço da Nação. In Obras II. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1984. pp. 329-360.
[4] Idem, Ibidem, pp. 350-351.
[5] Idem, Ibidem, p.353

clientelas partidárias e a consequente pletora do funcionalismo, sangraram em branco o tesouro e levaram o país à desesperada situação em que se encontra"[1].

Em 1925 Sobral Cid presta homenagem a Miguel Bombarda e à sua obra,[2] falando do portentoso animador científico, lembrando o seu papel na "reorganização sanitária, nosocomial, disciplinar, policial e administrativa de Rilhafoles"[3], e como desde 1892 houve em Rilhafoles constante progresso e incessantes empreendimentos. Realça depois também as suas discordâncias com algumas opiniões de Bombarda, como a de que Rilhafoles poderia ser um bom hospital para 500 doentes, ou a construção do pavilhão de segurança, em 1896, que considera "a menos feliz das suas criações"[4]. Recorda Bettencourt Rodrigues, que considera um alienista eminente que também era digno da investidura para dirigir Rilhafoles na altura, mas refere que Bombarda conseguiu transformar um velho e retrógrado asilo que se conservava à margem do movimento psiquiátrico europeu[5] (onde em 1892 ainda se empregavam na classificação nosográfica as rubricas quase seculares de Esquirol e Pinel – idiotia, demência, melancolia, mania e monomania) num centro de estudos clínicos e investigações laboratoriais. E até, num "foco de irradiação científica, modesto mas sempre aceso"[6], estabelecendo amistosas relações profissionais com eminentes alienistas franceses, alemães, austríacos e italianos e tornando conhecidos alguns dos seus trabalhos, que foram citados por Régis nos seus Manuais[7]. Termina dizendo que Bombarda depositara a sua fé nos dogmas do monismo materialista de Haeckel, que arvorou a Ciência em oposição à fé religiosa como inimigas irredutíveis, mas confessa acreditar que "o seu espírito, esclarecido, seria hoje o primeiro a reconhecer que a Religião - essa suprema consoladora da Dor e inabalável refúgio da pequenez humana"[8] , deve ser considerada ante o pensamento científico como um aspecto especial da experiencia psicológica do Universo – a experiencia autística - e como tal não deve ser trazida ao campo da polémica, muito embora "como fenómeno

[1] Idem, Ibidem, p.358.
[2] CID, José de Matos Sobral – O Professor Miguel Bombarda. A sua carreira e a sua obra de alienista. 1º Centenário da Fundação da Régia Escola de Cirurgia de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa, 1925.
[3] Idem, Ibidem, p.8. Cid recorda as "miseráveis e insalubres condições de existência" dos doentes em Rilhafoles.
[4] Idem, Ibidem, p.9.
[5] Idem, Ibidem, p.13.
[6] Idem, Ibidem, p.14.
[7] RÉGIS, E. – Précis de Psychiatrie. Paris Octave Doin et fils, 1914. pp. 472-473.
[8] CID, José de Matos Sobral – O Professor Miguel Bombarda. A sua carreira e a sua obra de alienista. 1º Centenário da Fundação da Régia Escola de Cirurgia de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa, 1925. p.18.

psicossociológico de caracter universal, possa ser objecto de investigação e da análise crítica"[1].

A caracterização do pensamento de Sobral Cid é mais difícil que a dos seus antecessores. Teria muitos trabalhos entre mãos, mas não se dispunha a acabá-los, era muito rigoroso e escrupuloso [2], dado a dúvidas e hesitações. Barahona reitera que não discutia as implicações filosóficas da sua disciplina, e que buscou em vão uma posição sintética[3] que exprimisse o conjunto dos seus saberes enfrentando duas ordens de factos aparentemente antinómicos: a compreensibilidade psicológica de certos sintomas psicóticos e a sua consequente psicogénese e por outro lado a inegável determinação causal orgânica. A sua obra exprime a luta dialectica entre as tendências organicistas e psicológicas para a qual não pôde encontrar "a necessária e justa síntese"[4]. Mais puramente clínico que os antecessores, e depois duma formação baseada nos autores franceses, passou a partir de 1923, pelo menos, a reflectir predominantemente autores de língua alemã, que o influenciarão decisivamente e que passará a divulgar. (Kraepelin, Bleuler, Kretschmer, Bonhoeffer). Pelo conjunto dos seus trabalhos, tornou-se a figura-chave da transição das correntes naturalistas e positivistas para as propriamente psicopatológicas, modernizando o pensamento psiquiátrico em Portugal.

Sobre a sua obra escreveu Diogo Furtado em 1942[5] referindo a sua orientação no sentido fenomenológico, e a criação de uma verdadeira escola de psiquiatria em Lisboa, mas que "a sua obra não corresponde às vastas possibilidades criativas que revelara, e que a assistência psiquiátrica instalada e organizada pela qual pleiteou, nunca surgiu"[6]. Também Eduardo Coelho[7]em 1941, referiu que após Sobral Cid tomar conta da cadeira, começou a publicar trabalhos de grande riqueza psicopatológica, que davam conhecimento do atraso em que se encontrava a especialidade nas três escolas do país, vindo a criar um ensino inteiramente novo das doenças mentais, acrescentando que antes de começar a ensinar em 1922 era vulgarizado "um manual português que estava atrasado de mais de 30 anos"[8]. Egas Moniz reconhece que

---

[1] Idem, Ibidem, p.18. Estas referências finais acabam por ser muito interessantes para se ter uma ideia das opiniões que sobre o tema tinha Sobral Cid, que nunca se lhes referia, ao contrário de Bombarda.

[2] FERNANDES, H. Barahona – "Sobral Cid, Mestre da Psicopatologia". Sep. O Médico. Nova série. Porto. Vol. 100, nº 1557 (1981).

[3] FERNANDES, H. Barahona – A Psiquiatria em Portugal. Lisboa: Roche Farmaceutica Quimica, 1984. p. 289.

[4] FERNANDES, H. Barahona – Filosofia e Psiquiatria. Experiencia portuguesa e suas raízes. Coimbra: Atlântida, 1966. pp. 90-97.

[5] FURTADO, Diogo – " Professor Sobral Cid". Separata do nº 19 do ACMP, Revista do Auto club Médico Português, (1942).

[6] Na sua obra falta um manual ou livro de texto, para o que parecia ter uma invulgar aptidão científica e literária.

[7] COELHO, Eduardo – "J. Sobral Cid – introdutor da nova Psiquiatria em Portugal". In Da Filosofia da Medicina e outros ensaios. Lisboa: Livraria Luso-Espanhola, 1960. pp. 319-331.

[8] Idem,Ibidem, pp.319-331.

tanto procurou a perfeição que a sua obra não publicada é imensamente superior à que deu à estampa, e que "às vezes ascendia em concepções de ordem psicológica a alturas em que não podia acompanhá-lo. Vivia num outro mundo"[1]. Barahona Fernandes, o discípulo que mais escreveu sobre a sua obra[2] é o autor do prefácio e notas das suas *Obras*[3].

3.8. ALBERTO BROCHADO ALVES DA SILVA (1893-1944), a renovação malograda

Alberto Brochado Alves da Silva é figura pouco conhecida da psiquiatria portuguesa, tendo sido discípulo de Magalhães Lemos, a quem deveria suceder na cátedra do Porto. Nasceu no Rio de Janeiro, mas cedo veio residir em Portugal, licenciando-se em medicina no Porto, em 1916. Em 1918, começou a frequentar o serviço de psiquiatria no Hospital do Conde de Ferreira, dirigido por Magalhães Lemos. Em 1920, torna-se médico substituto interino e em 1925, médico ajudante interino. Em 1931 é nomeado subdiretor clínico e desde 1927 era assistente de Psiquiatria e Neurologia da Faculdade de Medicina do Porto[4]. O seu trágico desaparecimento prematuro com 50 anos, quando preparava as provas para o doutoramento, que não chegou a realizar, terá deixado um vazio, ficando largos anos o Porto sem professor de Psiquiatria[5]. Efectuou viagens de estudo, a partir de 1936, que lhe permitiram trabalhar com figuras da envergadura de Henri Claude em Paris, Potzl em Viena e depois Manfred Sakel, e com Karl Bonhoeffer em Berlim, visitando e estudando a organização dos asilos. A leitura dos seus trabalhos mostra uma personagem de grande dimensão, informada, com assinalável ecletismo, conhecedor dos principais autores do pensamento psiquiátrico do seu tempo, alguns de significado inovador e que terá dado a conhecer entre nós. Alguns trabalhos que publica renovam concepções sobre determinadas perturbações neuropsiquiátricas[6] dedicando-se mais tarde, nas décadas de 1930-1940 à introdução de terapias físicas,

---

[1] MONIZ, Egas – "À memória do Professor Sobral Cid". Imprensa Médica (separata), Ano VII, nº9, (1941). pp. 213-215.
[2] FERNANDES, H. Barahona – "Sobral Cid, Mestre da Psicopatologia". O Médico. Nova série. Porto. Vol. 100, nº 1557 (1981), pp.1-36.
[3] CID, José de Matos Sobral – Obras. Psicopatologia Clínica e Psicopatologia Forense.Vol.I. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1983; CID, José de Matos Sobral – Obras. Outros Temas Psiquiátricos. Problemas de Ensino e outros Temas.Vol II. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1984.
[4] FERNANDES, H. Barahona – "Alberto Brochado". Imprensa Médica, Ano X, nº6. (1944), pp. 103-104.
[5] Brochado suicidou-se por depressão. Ver FERNANDES, H. Barahona – "História da Psicopatologia Portuguesa". In LOPES, R. Guimarães (coord.) - Curso de Psicopatologia. Porto: Hospital do Conde de Ferreira, 1985. p. 16.
[6] GUIMARÃES, B.D. – "Nótulas Bio-Bibliográficas acerca do Dr. Alberto Brochado". Separata do Douro Litoral, nº5, 3ª Série (1949), Porto.

nomeadamente da insulinoterapia, organizando um serviço de insulinoterapia no Hospital do Conde de Ferreira. O interesse que manifesta nalguns dos trabalhos publicados, pelo pensamento psicopatológico, que analisa com detalhe na descrição dos casos clínicos, mais o credita como um informado psicopatologista. A sua dissertação inaugural, feita no Porto em 1916, com o título *Os efeitos psicofisiológicos da música e o valor da meloterapia*[1] é um curioso trabalho, um tema invulgar, a que não era estranha a formação musical do autor, professor no Conservatório de Música do Porto. Na primeira parte tenta mostrar que os efeitos da música são sobretudo devidos à sua influência psicológica, às representações mentais de sentimentos e emoções despertados por ela, e só em pequeníssima parte às combinações sonoras, ao som como agente físico (efeitos psíquicos e sensoriais). Na segunda parte, sobre a meloterapia, enumera diversos compositores clássicos e suas obras, concluindo que a terapia musical seria um capítulo da psicoterapia e a indicação principal seriam as psiconeuroses, nomeadamente a histeria e a neurastenia adquirida, por serem perturbações dinâmicas do sistema nervoso; os efeitos, insiste, seriam psíquicos e não fisiológicos.

O seu interesse no tema prolonga-se, publicando “Sobre Amusias”[2] em que a propósito de um caso clinico de uma amusia complexa, interessando todas as modalidades da inteligência, ideação e expressão musicais, explana a literatura sobre o tema desde Charcot, a quem se deve o primeiro estudo clínico detalhado de amusia, resumindo Brochado um dos casos das conferências sobre amusias, de 1884. O doente era incapaz de tocar o seu instrumento, trombone de varas, e de copiar música, embora pudesse lê-la e cantá-la mentalmente e na linguagem verbal não havia défice algum. Noutro caso de Grasset, o doente cantava perfeitamente a primeira estrofe da Marselhesa, pronunciando todas as palavras, mas isoladamente era incapaz de pronunciar enfant e patrie.

Brochado diz que estas anomalias estão de acordo com a lei de regressão de Ribot; um trecho musical conhecido desde a infância constitui uma trama de associações profundamente enraizada no espírito, e o caracter afetivo da música cauciona a longa sobrevivência, pois os elementos afetivos resistiam mais à destruição do que os puramente representativos. As amusias também podiam ser histéricas, e aborda depois a surdez musical, considerando que na maior parte dos casos se trata de perturbação do reconhecimento de trechos ou frases musicais. Conclui este trabalho invulgar, dizendo que o estudo das amusias ainda é muito

[1] BROCHADO, Alberto – Os efeitos psychophysiologicos da música e o valor da melotherapia. Porto: Costa Carregal, 1916.
[2] BROCHADO, Alberto – “ Sobre Amusias”. Separata do Portugal Médico. Porto: Tip. A Vapor da Enciclopédia Portuguesa. 3ª Série, Vol.V, nº1 (1919), pp.1-9.

incompleto, tal como o estudo dos afásicos, e pouco se investigava o estado das funções musicais. As referências bibliográficas incluem Charcot, Bernheim, Dupré, Nathan, Proust, Ingegnieros, Déjérine, revelando o seu interesse pelo tema.

Com a publicação de "O delírio histérico"[1] Alberto Brochado mostra-se crítico das ideias de Babinski e mais de acordo com as posições de Pierre Janet sobre o tema. O trabalho publicado no mesmo ano "A patologia da linguagem e da percepção"[2]é uma contribuição para a actualização da psicopatologia em Portugal porque no domínio das afasias Brochado pronuncia-se por uma visão globalista introduzindo e divulgando em Portugal trabalhos de autores como Head, Von Monakow, Mourgue, Hughlings Jackson, Janet, Bergson. Em 1926 faz uma conferência em Coimbra com o título "O Problema das Afasias"[3]. O texto desta conferência, retoma em parte a exposição do trabalho anterior, mas o historiar do tema resulta muito útil para se perceberem os aspectos evolutivos. Assim, começa por dizer que após a descoberta e localização da afasia motora por Broca em 1861 e depois de Bastian, Wernicke e Kussmaul isolarem as variedades da afasia sensorial, é a teoria de Charcot que vai ser dominante durante muitos anos: os síndromes são explicados pela destruição dos centros nervosos, onde se armazenavam as imagens correspondentes à função abolida. Mas a comprovação da insuficiência da concepção do mestre acabou por vir de um seu discípulo, Pierre Marie, que unificou a concepção da afasia, uma perturbação intelectual da compreensão e emprego da linguagem, criticando vivamente a anterior doutrina das imagens. Depois os trabalhos de Von Monakow vão estabelecer uma distinção entre a localização do síndrome e a localização da função, afirmando que esta depende de uma área nervosa mais extensa do que aquela cuja lesão provoca o aparecimento do défice funcional. Head em 1920, ao estudar os afásicos de guerra, vai retomar as concepções de Jackson e demonstrar que as perturbações devidas a lesões unilaterais do cérebro ultrapassam geralmente os limites da linguagem e são antes a expressão dum défice do pensamento simbólico mais do que mero corolário de uma destruição de imagens. Também a psicologia se afasta duma noção de imagem como entidade estática armazenada numa célula cerebral, a substituir por uma concepção dinâmica em que os mecanismos associativos desempenham papel primordial. Na divisão dos síndromes afásicas, o autor serve-se da análise de Bergson em *Matiére et*

[1] BROCHADO, Alberto – "O Delírio Histérico". A Medicina Moderna. Porto: Tipografia Empreza Guedes. nº 358 (1922), pp.1-16. Separata.
[2] BROCHADO, Alberto – "A patologia da linguagem e da percepção". A Medicina Moderna. Porto: Tipografia Empreza Guedes. (1922). Separata.
[3] BROCHADO, Alberto – "O Problema das Afasias". Portugal Médico. Porto: Tipografia da Enciclopédia Portuguesa. (1926). Separata.

Mémoire[1] no estudo do mecanismo da compreensão da linguagem falada, e considera que a mais moderna orientação dos estudos sobre a afasia está na importância que os neurologistas ligam aos problemas linguísticos estudados à luz das novas teorias de Saussure, Sechehaye e Delacroix. Além disso, frisa a importância da atitude mental, considerada como tendo papel fundamental na percepção da linguagem, de acordo com Bergson, e toda a nossa personalidade intervém nesse trabalho, sendo pois grande a complexidade à volta deste simples facto psicológico- a palavra, acentuando a opinião de Saussure[2] de que " o que há de ideia ou de matéria fónica num sinal importa menos do que o que há em volta dele, nos outros sinais"[3], podendo pois o valor dum termo poder ser modificado sem tocar no seu sentido nem nos seus sons, somente pelo facto de um termo vizinho sofrer uma modificação. Alberto Brochado extrai uma conclusão geral do estudo destes doentes: "as afasias são um caso particular das perturbações da percepção e da motricidade e o contorno mais ou menos nítido e individualizado que estes síndromes apresentam é explicado pela sistematização psicológica. Estas perturbações são determinadas pela não efectivação normal das sínteses mentais necessárias para a regular execução da função abolida"[4].

Em 1927 publica "Psicose alucinatória crónica"[5], referindo dois casos clínicos ilustrativos do seu interesse e conhecimento da psicopatologia, e mais uma vez, mostra estar a par das fontes recentes, nomeadamente da escola francesa, referindo a importância dos casos para o estudo das alucinações, incluindo as hipnagógicas, a confabulação e o automatismo mental. No primeiro caso trata-se de um adulto jovem apresentando características da constituição paranoica, de acordo com o trabalho de Genil-Perrin *Les paranoiaques*[6] de 1926, cuja actividade delirante megalómana se baseia sobre a actividade alucinatória, quer auditiva, quer cenestésica e da sensibilidade geral, com interpretações endógenas, referindo ainda a surdez na génese das primeiras alucinações auditivas. O autor considera a imaginação uma importante contribuição para o delírio, sob a forma de confabulação complementar, e cita os

---

[1] BERGSON, H. – Matiére et Mémoire. Paris: Alcan, 1914. (1ª ed. 1896)

[2] Referencia a Ferdinand de Saussure que publicara Cours de Linguistique Générale em 1916. As posições anti-associacionistas são nesta altura influenciadas pela obra de Bergson, e é interessante que Brochado se aperceba da potencial importância da linguística nascente para a psicopatologia neuropsiquiátrica.

[3] BROCHADO, Alberto – "O Problema das Afasias". Portugal Médico. Porto: Tipografia da Enciclopédia Portuguesa. (1926), p.19. Separata.

[4] BROCHADO, Alberto, Ibidem, p.30.

[5] BROCHADO, Alberto – "Psicose alucinatória crónica (Dois casos interessantes)". Portugal Médico. Porto: Tip. Da Enciclopedia Portuguesa. nº 6 (1927). Separata.

[6] GENIL-PERRIN G. – Les paranoiaques. Paris: Maloine, 1926.

delírios de imaginação[1], pois se a imaginação está na génese dos delírios de grandeza, os delírios de interpretação convertiam-se com frequência em delírios imaginativos quando o doente exprimia ideias de grandeza.

No seu segundo caso, Brochado mostra que a génese do sistema delirante é quase exclusivamente alucinatória, que o faz mencionar as teorias do automatismo mental de Clérambault. Refere as ilusões do já visto, do já conhecido, as ilusões da memória, as alucinações inicialmente simples e raras, mas da fase persecutória para a megalómana vão-se pouco e pouco avolumando, não se limitando às alteração do eu e suas relações com o mundo exterior, mas a uma profunda e radical transformação deste, ao ponto de o doente negar a marcha evolutiva da civilização humana. Em 1928 descreve "O síndromo dos sósias"[2], começando por referir que em 1923 Capgras e Reboul-Lachaux[3] apresentaram e publicaram o caso duma doente com um delírio sistematizado crónico, de cuja sintomatologia fazia parte a ilusão dos sósias, que Brochado define resumindo que "entre as ideias de perseguição e de grandeza, uma como que agnosia de identificação individual, consistindo em desdobrar as pessoas que rodeiam a doente, em sósias diferentes, sucessivos e numerosos"[4]. O nosso autor descreve o seu primeiro caso, a quem fez o diagnóstico de esquizofrenia, e para analisar o mecanismo psicológico, socorre-se daqueles autores que defendem a intervenção de um estado afectivo que criaria mais tarde um hábito mental, estendendo-se progressivamente a ilusão. E a luta entre os sentimentos de estranheza e de familiaridade, que desempenha um papel normal em todas as percepções, interviria na génese da ilusão. Acrescenta que a ilusão dos sósias seria uma modalidade muito especial nos delírios metabólicos e na doente de Capgras havia um período de inquietação e ansiedade, dando lugar a uma luta perturbadora entre o sentimento de estranheza condicionado pela afectividade mórbida e o sentimento de familiaridade normal em todo o reconhecimento. Trata-se, conclui, não propriamente de ilusão sensorial mas uma conclusão dum juízo afectivo. A outra referência é de um caso de Dupouy e Montassut[5], em que a explicação lógica se baseia em interpretações delirantes. No

---

[1] BROCHADO, Alberto – "Psicose alucinatória crónica", p.9. Ver DUPRÉ, Ernest – Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. Paris: Payot, 1925.

[2] BROCHADO, Alberto – "O síndromo dos sósias". Portugal Médico. Porto: Tipografia da Enciclopédia Portuguesa. nº 1 (1928). Separata.

[3] Estes autores descreveram pela primeira vez um caso de uma mulher com psicose paranoide crónica que se queixava que várias pessoas conhecidas haviam sido substituídas por "duplos". Ver ENOCH, D. y BALL, H. – Síndromes raros en psicopatologia. Madrid: Triacastela, 2007. pp. 15-36.

[4] BROCHADO, Alberto – "O síndromo dos sósias". p.3.

[5] Autores que em 1924 descreveram um caso de síndrome dos sósias. Refira-se que no livro citado de Enoch e Ball, no capítulo sobre "Síndrome de Capgras", surge na bibliografia um trabalho de Brochado de 1936, publicado nos Annales Medico-Psychologiques.

seu caso clínico em concreto, Brochado acaba por defender a colaboração dos dois mecanismos na génese do síndrome: o de Capgras e o de Montassut, a ilusão dos sósias e a ideia delirante de falsa paternidade.

Na publicação “As Alucinações segundo Clérambault”[1], começa por referir que para Clérambault o automatismo mental é um síndrome clínico que abrange fenómenos automáticos de três ordens: motores, sensitivos e ideo-verbais. Englobaria todos os tipos de alucinações, mas o termo é mais vasto que alucinação, sendo para Clérambault o elemento inicial e básico, gerador das psicoses alucinatórias crónicas. O núcleo destas psicoses é constituído pelo automatismo, sendo a ideação secundária, enfatizando que o delírio de perseguição alucinatório não deriva da ideia de perseguição, a ideia de perseguição não cria as alucinações, mas são estas, pelo contrário, que dão origem à ideia de perseguição. Por outro lado, Clérambault acredita que os processos alucinatórios crónicos são sequelas longínquas de processos infecciosos passados que podem mesmo ter passado despercebidos, e muitos fenómenos psicopatológicos, negativos ou positivos, parecem-lhe provir de processos irritativos, e fala em derivações e vias fisiologicamente preparadas ou previamente sensibilizadas[2].

Ora neste trabalho, Brochado vai discutir as concepções de Clérambault e seus trabalhos publicados entre 1924 e 1927[3], mostrando profundo e actualizado conhecimento da obra. Começa por citar Hesnard num trabalho sobre as aplicações do método psicanalítico à clínica psiquiátrica corrente, em que este diz que a doutrina de Clérambault comporta ao lado de uma hipótese anatómica ainda não demonstrada, uma descoberta clínica. Ora Alberto Brochado considera que do ponto de vista clínico é grande o mérito da sua análise e a descrição do automatismo para sintetizar um conjunto de fenómenos é minuciosa, já tendo entretanto surgido uma proposta para a designação síndrome de Clérambault. Brochado concorda que nas psicoses alucinatórias nem sempre está presente a fase de inquietação como Magnan descrevia, na fase inicial do delírio crónico, e também admite a etiologia híbrida da psicose alucinatória crónica com participação de factores tóxico-infecciosos na sua génese. Mas depois afirma que quando Clérambault sai das noções clínicas e etiológicas e entra numa

[1] BROCHADO, Alberto – "As Alucinações segundo Clérambault". Portugal Médico. Porto: Tipografia da Enciclopédia Portuguesa. nº8, (1928). Separata.

[2] Idem, Ibidem, pp.5-6. Percebe-se assim porque um autor como Henri Ey pôde considerar Clérambault como o maior e mais acabado exemplo de uma concepção mecanicista da psicopatologia. Curiosamente, Clérambault foi o único mestre reconhecido por Lacan.

[3] Sobre CLÉRAMBAULT, G., Ver “Automatisme mental et scission du moi”, “Les psychoses hallucinatoires chroniques I”, “Les psychoses hallucinatoires chroniques II”. In Les Édifices du Délire. Paris: Navarin, 1987, pp.39-113 (présentation par Paul Bercherie). (originais de: 1920, 1923,1924)

minuciosa teoria psicofisiológica do síndrome, passa a "pairar nas regiões da fantasia e do sonho"[1]. Para o alienista da prefeitura de Paris, o fenómeno alucinatório apresentava-se sem relação com o pensamento, recordações ou associações ideativas, e as alucinações visuais das psicoses crónicas apresentavam-se em série; as alucinações das intoxicações agudas revestiam caracteres como dimensões, contornos, agrupamentos, cores e perspectivas especiais, que não seriam produzidas por nenhum movimento afectivo. Brochado acrescenta que, no entanto, há uma grande diferença entre uma génese mecânica, sem qualquer relação com os pensamentos ordinários e com as recordações do indivíduo, como queria Clérambault, e um determinismo filiado nos hábitos, preocupações e desejos, embora inconscientes. A Brochado não lhe parece possível a explicação de tão diversos fenómenos por génese mecânica e particularidades histológicas e conclui afirmando o condicionamento das alucinações pela atitude mental do momento e que a ideação e a afectividade não são alheias à génese da fantasmagoria alucinatória nos casos de onirismo tóxico. Para ele "a teoria de Clérambault na sua rigidez anatómica do seu ponto de partida lesional, não se adapta ao policromismo e à maleabilidade dos factos tais como a vida no-los apresenta"[2]. Para Brochado, em qualquer alucinação o factor orgânico só intervém como disparador e o conteúdo da alucinação é determinado por causas psíquicas diversas, predominantemente afetivas, voltando à sua tão mencionada atitude mental. Repare-se que não combate a hipótese lesional, pois diz não se poder conceber doença sem lesão, seja macroscópica, microscópica ou simplesmente molecular ou dinâmica. E, citando Raymond[3], à ideia de lesão estrutural é necessário juntar a de modificação bioquímica ou simplesmente física, para se poder conceber a aparição de certos sintomas nas doenças do sistema nervoso[4], mas a questão é que "não basta a lesão para explicar a doença"[5]. Quanto aos delírios crónicos alucinatórios, para Clérambault as alucinações seriam anideicas, simples sílabas, palavras sem sentido, o que para Brochado merece discordância, tal como para Levy-Valensi de que cita uma revisão. Brochado afirma nunca ter observado alucinações em casos de psicose alucinatória crónica com as características relatadas por Clérambault, pelo contrário, a alucinação no caso que publicara em 1927, não tem nada de indiferente e

---

[1] BROCHADO, Alberto – "As Alucinações segundo Clérambault". Portugal Médico. Porto: Tipografia da Enciclopédia Portuguesa. nº 8 (1928), p. 6. Separata.
[2] BROCHADO, Alberto, Ibidem, p. 9.
[3] RAYMOND, F. – "Névroses et Psycho-Névroses". In Traité International de psychologie pathologique. Tome II. Paris: Alcan, 1911. pp. 1-77.
[4] RAYMOND, F., Ibidem, pp.2-4.
[5] BROCHADO, Alberto, "As Alucinações segundo Clérambault". Portugal Médico. Porto: Tipografia da Enciclopédia Portuguesa. nº8 (1928), p.10. Separata.

manifesta conteúdo afectivo. Mais ainda, ele considera citando trabalhos de Hesnard[1], que mesmo em alucinações aparentemente desprovidas de sentido, foi possível pela análise psicológica encontrar-lhes um significado pessoal e um conteúdo afectivo. Ora Clérambault apenas admitia a intromissão da afectividade e da ideação numa fase posterior da evolução da psicose. Para ele, são as alucinações que dão origem ao delírio, o psiquismo superior assistiria passivo e surpreso ao desenrolar do automatismo e só mais tarde iria reagir, arquitectando um delírio. Para Brochado, que dá exemplos, não só a alucinação não bastaria mesmo que repetida para arrastar a crença do doente, como acredita que a ideia pode surgir primitivamente por intuição e só mais tarde assumir a forma alucinatória. Concluindo, Brochado acha inaceitável a teoria das alucinações como fenómenos parasitários, independentes da ideação e da afectividade, e contrapõe numa importante nota a publicação de um livro, onde Monakow e Mourgue[2] insistem no enorme papel que o instinto e a afectividade desempenham mesmo nos síndromes devidos a perturbações mais grosseiras da substancia nervosa como as afasias e as agnosias. Ele admite "que nas psicoses alucinatórias crónicas as alucinações sejam dependentes dum factor lesional possivelmente de natureza toxi-infecciosa, mas nada sabemos da sua sede nem do mecanismo íntimo da sua acção. Vale mais uma sincera confissão de ignorância do que uma construção quimérica e indemonstrável no estado actual da ciencia"[3]. Ao publicar "Perturbações da apreciação do tempo num caso de melancolia"[4], Brochado destingue a consciência directa da duração vivida, o tempo concreto, da apreciação secundária dessa duração,o tempo conceptual. Serve-se da leitura de variados trabalhos sobre alterações do sentimento da duração psicológica, chama em especial a atenção para um livro de Minkowski[5], que faz derivar o autismo, perturbação fundamental da psicose, duma alteração da apreciação do tempo e a Karl Jaspers na tradução francesa de 1927 da *Psicopatologia Geral*[6], considerando que "é preciso distinguir, no tempo vivido, a consciência da progressão actual do tempo, da avaliação do tempo passado*;* ocupações interessantes e variadas dão-nos o sentimento do rápido deslizar do tempo, e no entanto, à noite temos a

[1] Angelo Hesnard foi pioneiro da psicanálise em França, desde 1914, embora a sua obra fosse posteriormente muito criticada. Ver ROUDINESCO, E. et PLON, M. – Dicionário de Psicanálise. Lisboa: Inquérito, 2000.

[2] MONAKOW, C. V.; MOURGUE, R. – Introduction Biologique à l'étude de la Neurologie et de la Psychopathologie. Paris: Felix Alcan, 1928.

[3] BROCHADO, Alberto – "As Alucinações segundo Clérambault". Portugal Médico. Porto: Tipografia da Enciclopédia Portuguesa. nº8 (1928), pp.13-14. Separata.

[4] BROCHADO, Alberto – "Perturbações da apreciação do tempo num caso de melancolia". Portugal Médico. Porto: Tipografia da Enciclopédia Portuguesa. nº 9 (1929). Separata.

[5] MINKOWSKI, E. – La schizophrénie. Psychopathologie des schizoides et des schizophrénes. Paris: Payot, 1927.

[6] JASPERS, K. – Psychopathologie générale. Paris: Felix Alcan, 1927. (original 1913).

impressão de ter vivido um dia extenso; pelo contrário, um dia vazio, aborrecido e longo apresenta-se à nossa consciência retrospectiva, como breve"[1]. Em 1930, ao fazer uma conferência na "Semana da Maternidade"[2] sobre o tema da hereditariedade das doenças mentais de acordo com os trabalhos de Mendel e as regras mendelianas, confessa que não se pode criar um grupo de psicoses familiais à semelhança do que existe em certas doenças nervosas. A aplicação das Leis de Mendel à hereditariedade mental encontrava inúmeras dificuldades, considerando "que a maior parte das vezes a alienação reveste no descendente uma forma nosográfica diferente daquela que assumira no antepassado"[3].

E acrescenta: "A humanidade não se divide, como geralmente se supõe de uma forma simplista inerente à própria estrutura intrínseca do nosso espírito em duas categorias: a dos loucos e a dos sãos de espírito, divididos entre si por uma linha fronteiriça nítida e precisa, pelo contrário entre o normal e o patológico há uma série de graus intermediários, uma zona média onde gradualmente se esbatem as diferenças entre os dois estados"[4].

São características dos trabalhos de Alberto Brochado o interesse pela compreensão dos processos psicológicos nas diferentes patologias, o conhecimento dos autores franceses e secundariamente alemães, as referências bibliográficas actualizadas, citando os autores e as obras, em livros ou revistas, grande conhecimento da psicopatologia francesa com destaque para as décadas de 1920-1930, o que o distingue por exemplo de Barahona Fernandes, que a partir da década de 1930 dá inicialmente primazia a autores alemães. Torna-se evidente nalguns temas a influência de Henri Bergson e dos temas bergsonianos, assim como da neurologia globalista de Monakow e Mourgue, entre outros[5]. Kretschmer[6] é outro autor influente na sua obra, especialmente na incorporação da doutrina dos tipos constitucionais,

---

[1] BROCHADO, Alberto – "Perturbações da apreciação do tempo num caso de melancolia". Portugal Médico. Porto: Tipografia da Enciclopédia Portuguesa. nº 9 (1929), p.7. Separata. Ver JASPERS, K. – Psicopatologia General. México: Fondo de Cultura Económica, 1993. pp. 95-102.

[2] BROCHADO, Alberto – A Alienação Mental e a função de reprodução. Porto: Semana da Maternidade,1930. (manuscrito não publicado).

[3] Idem, Ibidem, p. 8.

[4] Idem, Ibidem, pp.13-14.

[5] A mentalidade biológica de J. H. Jackson teve como fonte principal o evolucionismo de Spencer, a de Von Monakow o pensamento filosófico de Bergson. Ver LAIN ENTRALGO – Ciencia, técnica y medicina. Madrid: Alianza Editorial, 1986. p.301.

[6] Ver KRETSCHMER, Ernst – Constitución y Carácter. Barcelona: Editorial Labor, S.A., 1954. (Edição original 1921).

com a ciclotimia e a esquizotimia, consideradas duas modalidades diferentes do caracter normal[1].

3.9. OUTROS PROTAGONISTAS

3.9.1.ELÍSIO DE AZEVEDO E MOURA (1877-1977), clínico prático, herdeiro da Escola Francesa

Elísio de Azevedo e Moura, nascido em Braga, matriculou-se em Coimbra nos preparatórios de filosofia e matemática em 1893. Licenciou-se em Medicina em 1901 e doutorou-se em 1902 na Faculdade de Medicina de Coimbra. Foi professor substituto de Patologia Interna em 1902-1903 e Propedêutica Médica em 1904-1907, catedrático de Clínica Médica em 1911 e de Clínica Neurológica em 1911-1943. Por falecimento do professor António de Pádua foi encarregado da regência da cadeira de Clínica Psiquiátrica em 1914 e a partir de 1918-19 responsável do curso de Psiquiatria Forense. Foi catedrático de Psiquiatria entre 1943-1947 no mesmo ano em que ficou concluído o pavilhão do denominado Manicómio Sena em construção e sucessivos adiamentos há décadas. Em Coimbra foi por muitos anos a figura mais importante nos domínios da Neurologia e da Psiquiatria[2]. Foi o 1º Bastonário da Ordem dos Médicos em 1938 e procurador à Câmara Corporativa em 1939[3]. A caracterização da sua obra foi feita por Barahona Fernandes quando da homenagem que lhe foi prestada na altura da sua jubilação (1947)[4]. Considerando Elísio de Moura um neurologista e psiquiatra, que nunca deixou de ser clínico geral com esclarecida intuição clínica e psicológica, anota que não nos chegou a dar qualquer exposição teórica sistematizada da sua atitude terapêutica, nem a formulou em doutrina com carácter de generalidade. Numa época em que predominava uma orientação plenamente organicista, com florescimento dos seus fundamentos científico-naturais, físico-químicos e biológicos e em que uma atitude de cepticismo e descrédito envolvia os métodos psicológicos e a psicoterapia, a prática do professor de Coimbra distinguia-seda dos seus pares. Barahona reforça a sua opinião dizendo que não se limitava a

[1] BROCHADO, Alberto – A Alienação Mental e a função de reprodução. Porto: Semana da Maternidade,1930. (manuscrito não publicado). p. 14. Mostra-se admirador de Kretschmer, que considera um grande psiquiatra alemão da actualidade.

[2] RIBEIRO, Fernando de Almeida – "Elísio de Moura". Coimbra Médica. Coimbra: Livraria Académica Moura Marques e Filho. (1947). Separata.

[3] RODRIGUES, Manuel Augusto – Memoria Professorum Universitatis Conimbrigensis (1772-1937). Vol.II. Coimbra: Arquivo da Universidade de Coimbra, 1992.

[4] NOBRE, Carminé – Elysio de Moura. Coimbra: Atlântida, 1948.

tratar neuróticos, mas dedicando à clínica geral especialmente às perturbações funcionais do aparelho digestivo o seu labor, sendo pois um precursor da psicossomática – a aplicação sistematizada da análise psicológica e da psicoterapia à medicina geral[1]. E enfatiza "lamentamos sinceramente que só através da tradição oral, quase sempre indirecta, pudéssemos tomar conhecimento das observações, diagnósticos e terapêuticas psicológicas do mestre de Coimbra"[2]. Relembrou ainda a sua criação do ensino especial da neurologia e da clínica das doenças mentais, e as duras batalhas[3] pela existência de uma Clínica Psiquiátrica Universitária, com funções de ensino, investigação científica e assistência.

As influências científicas vieram da psiquiatria e neurologia francesas, quer da escola da Salpêtrière quer da escola de Nancy e de autores como Charcot e Magnan, Babinski e Dupré nomeadamente. Em 1907-1908 foi aberto pela primeira vez em Coimbra um curso livre de Neurologia da sua iniciativa. Jubilou-se em 1947. Ao contrário da generalidade dos alienistas do seu tempo, Elísio de Moura foi um médico católico que se devotou a obras e instituições de benemerência e proteção social sendo a mais importante o Asilo ou Casa da Infância Desvalida que fundou e por muitos anos dirigiu. A sua bondade e a ligação a esta instituição, onde até financeiramente investiu o seu património, tornou-o ainda mais conhecido e venerado em Coimbra e no país.

Em 1902 publica a Dissertação Inaugural para o Acto de Conclusões Magnas na Faculdade de Medicina de Coimbra e a Dissertação de Concurso: *A Toxidez da Urina,* Vol. I e Vol. II[4]. Em 1925 na homenagem ao professor Magalhães Lemos fez um discurso, posteriormente publicado num livro de 1927[5].

Em 1947 é publicado o livro *Anorexia Mental*[6], que se tornou um símbolo importante e quase único da sua obra, sendo neste âmbito comparável a Sousa Martins, outro grande clínico e professor, a partir de certa altura também figura mítica, com escassa obra publicada.

---

[1] FERNANDES, H. Barahona. In: Carminé Nobre – Elysio de Moura. Coimbra: Atlântida, 1948. pp. 47-53.

[2] Idem, Ibidem, p. 51.

[3] As duras batalhas estenderam-se ao enfrentamento com outro professor de Medicina, Bissaia Barreto, que tinha maior influência social e política e outro entendimento das prioridades assistenciais na região de Coimbra.

[4] MOURA, Elísio de – A Toxidez da Urina, Vol. I e Vol. II. Coimbra, 1902.

[5] MOURA, Elísio de – "Discurso". In Homenagem ao Prof. Magalhães Lemos. Porto: Emp. Indust. Gráfica do Porto, 1927. pp. 39-58.

[6] MOURA, Elísio de – Anorexia Mental. Acta Universitatis Conimbrigensis. Coimbra: Por Ordem da Universidade, 1947.(1ª Edição).Ver também: Anorexia Mental. Anorexia Mental Juvenil e estados afins, I parte. Braga, 1966. (2ª edição ampliada). A propósito desta segunda edição que traz um prólogo do autor, escreveu Barahona Fernandes nos Anais Portugueses de Psiquiatria que o seu autor encarna, em toda a sua plenitude, o símbolo do Médico na sua acepção humanista e numa forma singularíssima. E acrescenta, "vem lembrar a importância da entrevista médica compreensiva e inteligente, feita em plena independência de qualquer escola psicológica", realçando ainda o papel central dos efeitos psicoterapêuticos sem sujeição a técnicas doutrinárias

O texto de Elísio de Moura de homenagem a Magalhães Lemos é uma rara exposição que indirectamente acaba por ser reveladora de algumas das suas concepções neuropsiquiátricas. Confessa que a história da neuropsiquiatria está cheia de doutrinas erróneas que apesar da sua oposição à verdade foram de uma utilidade manifesta, porque permitiram discussões frutuosas entre os seus defensores e impugnadores. Elogia Magalhães Lemos por ter sabido "resistir à sedução das vastas sínteses, para as quais não está preparado este ramo da Biologia que é a psiquiatria e assim, com o seu sugestivo exemplo incita-nos à prudência doutrinal"[1]. Acrescenta, de acordo com Magnan, ser "a clínica, árbitro supremo das teorias e das doutrinas"[2]. Acrescenta mais à frente que"a psicologia patológica é na sua origem uma ciência essencialmente francesa"[3], desde Pinel até Dupré, e considera este como um neurologista, psicólogo, psiquiatra, médico legista e sociólogo que pelos seus estudos há-de ficar na história da psiquiatria como "o fundador da patologia da imaginação"[4]. Como também fora ele quem demonstrara a existência da patologia autónoma da emoção e quem mais eficazmente concorrera para a substituição da doutrina da degenerescência mental pela concepção clara, positiva e profícua das constituições psíquicas anómalas.

Depois ao discutir o nome a dar ao novo pavilhão psiquiátrico de Coimbra, sugere o nome de Magnan, dizendo que deu um contributo inigualável para o progresso deste ramo da medicina no último quartel do século findo, e ser também figura especial na genealogia espiritual de Magalhães Lemos.

Sem possuir o título oficial de professor, Magnan fizera do asilo de Saint Anne de Paris onde viveu enclausurado durante 45 Anos, refugiado entre os seus doentes como um beneditino da psiquiatria, "uma escola de medicina mental mundialmente afamada, tendo sido o professor, directo ou indirecto, do maior número de psiquiatras contemporâneos"[5]. A ele se deve a primeira classificação racional das doenças mentais[6], realçando ainda os seus artigos sobre os inconvenientes e perigos dos meios de contenção mecânica, ou a comunicação sobre a clinoterapia. Elísio de Moura conclui lembrando ainda o exemplo de Magalhães Lemos, que se começara a dedicar à neuropsiquiatria numa época onde os seus cultores tinham mais

---

regulamentadas. E faz votos para que seja possível a publicação do 2º volume anunciado de "um médico que durante 70 anos viveu a sua missão em autenticidade e beleza". FERNANDES, H. Barahona – Anais Portugueses de Psiquiatria. (1966), pp. 113-114.

[1] MOURA, Elísio de – "Discurso". In Homenagem ao Professor Magalhães Lemos, p.47.

[2] Idem, Ibidem, p.47.

[3] Idem, Ibidem, p.51.

[4] Idem, Ibidem, p.52. Ver DUPRÉ, Ernest – Pathologie de L'Imagination et de L' Émotivité. Paris: Payot, 1925.

[5] MOURA, Elísio de, Ibidem, p.53.

[6] MOURA, Elísio de, Ibidem, p.54.

ignaros detratores e os manicómios eram considerados cemitérios de vivos. Este texto mostra a ligação de Elísio de Moura à escola francesa, de Pinel até Dupré, passando por Esquirol, Baillarger, Cotard, Magnan, entre muitos outros.

A escassa bibliografia do autor torna difícil o estudo da obra, levando a que os testemunhos se centrem nas qualidades pessoais e competência profissional do médico e professor[1], estando publicados trabalhos que documentam os principais aspectos biográficos e do percurso profissional[2]. O trabalho de Almeida Ribeiro é valioso porque permite ver os temas abordados nas lições clínicas do curso de neurologia e como ultrapassava a ausência de estabelecimento manicomial para dar as aulas de psiquiatria, recorrendo a internados nas enfermarias de neurologia ou a doentes que ficavam nos quartos particulares do Hospital da Universidade, ou mesmo em quartos de hotel ou pensões[3].

3.9.2.JOSÉ LUÍS RODRIGUES CEBOLA (1876-1967), o tratamento pelo trabalho e persuasão

José Luís Rodrigues Cebola foi um médico alienista que se licenciou em Lisboa apresentando como dissertação inaugural *A Mentalidade dos Epilepticos* em 1906[4]. Filiando a doença no grupo das degenerescências e referindo os autores que mais a defenderam e popularizaram, não se detém em considerações de ordem clínica, preferindo reunir exemplos de escritos, poemas e desenhos feitos por doentes, marcando desde logo um interesse que irá manter em numerosos livros que virá a publicar depois. Aborda no último capítulo o tema do génio, discordando de Lombroso pois afirma que na sua opinião, “o génio não é coisa degenerativa nem tão pouco de origem sagrada, criticando a paradoxal classificação de degenerados superiores”[5]. Nomeado em 1911 para o cargo de Director Clínico do Manicómio do Telhal irá fazer nesse lugar toda a sua vida profissional, reformando-se em 1948. Apesar de estar fora da universidade publicou bastantes livros e além dos temas psiquiátricos abordou temas políticos, escreveu contos e livros de poesia e colaborou também nos jornais diários. Deu

---

[1] In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Edição da Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Professor Doutor Elísio de Moura, 1978.

[2] SERRA, A. S. Vaz – “Elísio de Moura. Anotações sobre a sua vida e obra”. In Elísio de Moura. Vida e Obra. Testemunhos. Coimbra, 1978. pp.1-23; ÁLVARO, Carolina Mendes – “ Doutor Elísio de Moura: O Homem e o Médico”. In IV Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Grupo de História e Sociologia da Ciencia e da Tecnologia. CEIS20 e SHIS, 2014. pp. 125-133.

[3] RIBEIRO, F. de Almeida – “Elísio de Moura”. Coimbra: Coimbra Médica, Vol.XIV, nº 8, 1947. Separata.

[4] CEBOLA, Luiz – A mentalidade dos epilepticos. Lisboa: Viúva Tavares Cardoso,1906.

[5] Idem, Ibidem, pp.163-164.

aulas na Escola de Enfermagem do Telhal, que dirigiu e onde foi professor, escrevendo um livro sobre *Enfermagem de Alienados*[1].

Em *Almas delirantes*[2], divulga em pequenas notas o Museu do Telhal onde inclui um conjunto de gravuras que reproduzem esculturas, caricaturas, trabalhos manuais, poemas, objectos de pedra e de madeira, quadros, feitos por doentes, embora o autor pareça valorizar principalmente a matéria interessantíssima para os cultores da psiquiatria, também reconhece que "a loucura não destrói sempre o sentimento estético"[3], podendo até em muitos casos, despertá-lo ou intensificá-lo. Seguiu-se outro livro, *História dum louco* [4], um texto que teria sido escrito por um internado, analisada sob o aspecto psico-clínico. Os artigos e livros de Luís Cebola continuaram a publicar-se nas décadas seguintes.

O mais interessante da sua actividade e escritos parece-me ser o seu interesse pela ergoterapia que estimulou e desenvolveu. A Quinta do Telhal permitia ocupar os doentes, quer em trabalhos agrícolas, quer nas oficinas de carpintaria ou serralharia, e ainda nos trabalhos manuais no interior dos pavilhões, cujas produções nomeadamente artísticas puderam depois figurar no Museu da Loucura, realização em que tinha muito orgulho e com frequência acentua nas suas considerações o interesse pelo pitoresco e o absurdo das produções dos doentes. No plano das ideias psicopatológicas parece próximo de um positivismo psiquiátrico que de algum modo prolonga, embora haja um ecletismo prático que é reafirmado com frequência, merecendo também realce a aplicação das terapias físicas na década de 1930, mostrando-se curiosamente avesso à psicocirurgia que avalia de modo muito crítico[5].

Não deixa de ser digno de nota que um republicano assumido tenha afinal podido coexistir e trabalhar com aparente harmonia e respeito mútuo com os membros de uma instituição pertencente às Ordens Religiosas[6].

Numa nota, "Evolução terapêutica na Casa de Saúde do Telhal"[7], Luís Cebola conta como foram decisivos para a sua opção profissional a leitura de um livro de Dubois [8] e outro sobre a

---

[1] CEBOLA, Luiz – Enfermagem de Alienados. Lisboa: Imprensa Beleza, 1932.

[2] CEBOLA, Luiz – Almas Delirantes. Lisboa: Livraria Central Editora, 1925.

[3] Idem, Ibidem, p.113.

[4] CEBOLA, Luiz – História dum louco. Analisada sob o aspecto psico-clínico. Lisboa: Livraria Central Editora,1926.

[5] CEBOLA, Luiz – Memórias d'este e do outro mundo. Lisboa: Edição do autor, 1957.

[6] GAMEIRO, A., BORGES, A. M.; CARDOSO, A. M.; OLIVEIRA, F. – Um Republicano no Convento. Cadernos do CEIS20. nº 13 (2009). Coimbra: CEIS20, 2009.

[7] CEBOLA, Luiz – "Evolução Terapeutica na Casa de Saúde do Telhal". In: GAMEIRO, Pe. J – Os Irmãos Hospitaleiros de S. João de Deus em Portugal (1606-1834),(1893-1943). Lisboa: Imprimatur, 1943. pp. 140-146.

[8] DUBOIS, Paul - Les psychonévroses et leur traitement moral. Paris: Ed. L'Harmattan, 2007. Ed. orig. (Masson, 1904). Psiquiatra suíço que publicou em 1904 o livro com prefácio de Jules Déjerine, que alcançou

vida de S. João de Deus, que lhe deixaram "entrever o preciosíssimo valor da assistência moral"[1] aos doentes e despertaram a vocação para o caminho da psiquiatria. Considera que readaptar o doente à vida social pelo trabalho dirigido, foi uma das suas antigas aspirações de psiquiatra. Conta as visitas que fez a várias colónias agrícolas em França e na Bélgica e os resultados positivos da laborterapia que encontrou.

Mostra entusiasmo pela visita à Colónia Familiar de Gheel e conta os progressos que se foram pondo em prática no Telhal com o trabalho agrícola e industrial, mencionando depois processos terapêuticos como a hidroterapia, a diatermia, a organoterapia, a seroterapia. Acrescenta depois ecleticamente a psicoterapia, a malarioterapia, e os tratamentos de choque: insulinoterapia, cardiazol, electrochoque[2].

Num interessante trabalho, Denise Pereira[3] considera que em alguns dos seus livros como no livro de contos que analisa *Quando desci ao inferno: contos psicopatológicos*[4], o autor pretendia fazer divulgação clínica dirigida a leigos, com intenções moralistas, apresentando a doença mental e a sua proliferação incontrolada não apenas como ameaça à felicidade individual e familiar, mas também como possível fonte de desestabilização e ruptura do tecido social. Mostra ainda como certos sintomas funcionavam em ligação a instituições e ideologias, contrárias às suas convicções políticas republicanas e ao seu sentido individual de moralidade.

grande difusão. Dubois afasta a ideia de sugestão e de hipnotismo e defende uma psicoterapia de pressupostos racionalistas, preferindo a persuasão à sugestão, daí a designação de "psicoterapia racional", como refere López Piñero. Déjerine, pelo contrário, valorizava mais os elementos afectivos e sugestivos. Ver LÓPEZ PIÑERO, J. M. – Del hipnotismo a Freud. Orígenes históricos de la psicoterapia. Madrid: Alianza, 2002. pp. 94-101.

[1] CEBOLA, Luiz - "Evolução Terapeutica na Casa de Saúde do Telhal". In: GAMEIRO, Pe. J – Os Irmãos Hospitaleiros de S. João de Deus em Portugal (1606-1834), (1893-1943). Lisboa: Imprimatur, 1943. p. 140.

[2] Idem, Ibidem, pp. 140-146.

[3] PEREIRA, Denise – "A descida de Luís Cebola ao inferno: um retrato ideológico e clínico da doença mental no Portugal de meados do século XX". In IV Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Grupo de História e Sociologia da Ciencia e da Tecnologia. CEIS20 da Universidade de Coimbra e SHIS, 2014. pp. 89-97.

[4] CEBOLA, Luiz – Quando desci ao inferno: contos psicopatológicos. Lisboa: Edição do autor, 1956.

186

4. DOENÇAS, SÍNDROMES, SINTOMAS, PATOLOGIZAÇÕES

A ordenação das doenças neste capítulo não obedece a nenhuma hierarquização previamente definida, nem à lógica evolucionista, como por exemplo a ordenação escolhida por Júlio de Matos, nem reproduz a lógica sistemática dos alienistas. Tambem não é baseada em qualquer classificação actual que introduziria uma lógica presentista artificial que deve ser evitada.

António Maria de Sena explica bem no Relatório[1] sobre o Hospital do Conde de Ferreira os motivos porque entendeu preferir a classificação de Krafft-Ebing na descrição geral dos alienados internados no Hospital. Também Miguel Bombarda entende preferir o sistema classificativo deste alienista, enquanto Magalhães Lemos estava mais afastado dos grandes clínicos alemães, influenciado pelos autores franceses nomeadamente Charcot e Magnan, embora confesse em 1912 ser avesso a teorizações excessivas, esquematizações e desconfie das vastas sínteses para que a ciência não está ainda preparada, e dando como exemplo a história da demência precoce e da paranoia. Já Júlio de Matos no *Manual das Doenças Mentaes*[2] utiliza a classificação de Morel revista e desenvolvida por Ball, mas no período da maturidade, quando publica os *Elementos de Psiquiatria*[3] escolhe decididamente o sistema classificativo de Eugenio Tanzi, introduzindo apenas algumas adaptações. É com Sobral Cid que surge a aceitação da classificação de Emil Kraepelin, tal como sucedeu na generalidade dos países, embora com ligeiras adaptações e pormenores que serão apontados.

António Maria de Sena ao afirmar ter decidido adoptar na classificação dos seus doentes a classificação de Krafft–Ebing[4], considerava que nela estavam condensadas as noções apuradas pelo trabalho das escolas francesas, inglesa e alemã durante o século XIX e fins do século XVIII. As classificações de Pinel, Esquirol e Georget tinham-se tornado incompletas dadas as novas espécies definidas e a diferente interpretação dada às formas por eles descritas.

---

[1] SENNA, Antonio Maria de – Relatório do Serviço Medico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira relativo ao primeiro biénio (1883-1885). Porto: Typographia Occidental, 1887.

[2] MATTOS, Júlio de – Manual das Doenças Mentaes. Porto: Livraria Central, 1884.

[3] MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Livraria Chardron, de Lello & Irmão, 1911.

[4] A obra de Krafft-Ebing está na confluência da tradição de W. Griesinger com o impacto das ideias de Morel. Ver BERCHERIE, P. – Les Fondements de la Clinique. Histoire et structure du savoir psychiatrique. Paris: La Bibliothèque d'Ornicar, 1980. pp. 119-128.

Ora Krafft–Ebing, numa linha que radica em Morel em primeiro lugar e depois em Schüle, entende que as condições etiológicas eram suficientes para dividir as psicoses (doenças mentais em geral) em dois grandes grupos: 1) alienações desenvolvidas num cérebro normal e funcionando bem; 2) alienações desenvolvidas num cérebro funcionando bem, mas tocado por condições hereditárias ou outras que lhe ofenderam a estrutura. As primeiras chamam-se psiconeuroses e as segundas degenerescências psíquicas[1], embora se admitam transições de umas para outras. Em termos muito gerais, as psiconeuroses são doenças, como que parasitárias, desenvolvidas casualmente em indivíduos cujas funções cerebrais foram normais até ao momento da invasão[2].

Apesar da preferência que António Sena dá ao método de classificação dos autores alemães, valorizava entre os autores franceses Valentin Magnan, cuja classificação desenvolve depois e que considerava baseada na obra de Krafft-Ebing e de Schüle, tentando depois encontrar equivalências entre as duas classificações. As ideias de Magnan[3] foram depois também desenvolvidas por Magalhães Lemos, um seu assumido discípulo. Magnan classifica as doenças mentais em dois grandes grupos: estados mistos, dependendo da patologia geral e da psiquiatria e as loucuras propriamente ditas ou psicoses[4]. Nos estados mistos coloca a paralisia geral, a demência senil e as diversas lesões cerebrais circunscritas, a histeria e a epilepsia, o alcoolismo e outras intoxicações. Nas psicoses, agrupa o delírio crónico, as loucuras intermitentes, e a loucura dos degenerados hereditários com os síndromes episódicos. Neste grupo, mas de modo distinto, fica a mania e a melancolia, que denomina elementos simples. É muito conhecida e célebre a descrição do delírio crónico, feita por Magnan, com as suas quatro fases: 1) incubação, 2) delírio de perseguição, 3) sistematização progressiva-delírio de grandezas, 4) estado terminal-demência. O grupo que mais procurou estudar, foi o terceiro grupo das psicoses, a que Morel chamava degenerados,"seres mais ou menos decaídos da nossa espécie, e na história dos quais a hereditariedade neuropática adquire um tal predomínio e domina por tal modo a sua evolução organo-psíquica, que lhes cria uma

[1] SENNA, Antonio Maria de – Relatório do Serviço Medico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira relativo ao primeiro biénio (1883-1885). Porto: Typographia Occidental, 1887. pp.12-16. Ver KRAFFT-EBING – Traité Clinique de Psychiatrie. Paris: Maloine, 1897.
[2] SENNA, Antonio Maria de, Ibidem, pp.13-14.
[3] Enquanto para Morel, a questão da degenerescência é principalmente objecto de uma análise etiológica e classificativa, para Magnan traduz-se na descrição das formas clínicas e evolutivas.
[4] SENNA, Antonio Maria de, Ibidem, pp.28-29. Ver MAGNAN, V. – Leçons Cliniques sur les Maladies Mentales faites à l'Asile Clinique (Sainte-Anne). Paris: Alcan, 1897.

existência à parte"[1]. Anote-se que Krafft-Ebing tinha uma concepção mais vasta que Magnan da loucura degenerativa, incluindo nela o delírio crónico e as loucuras intermitentes e mesmo a histeria e a epilepsia simples deviam considerar-se sintomas de degenerescência.

Júlio de Matos em *Elementos de Psiquiatria*, no capítulo sobre classificação, afirma que as classificações naturais marcam sempre a fase de maturidade científica, ultrapassando as classificações sintomáticas, considerando ter sido Morel que com visão genial fez intervir a etiologia na constituição dos grupos mórbidos surgindo assim a primeira classificação natural em psiquiatria[2]. Valoriza as classificações de autores como Krafft-Ebing, Schüle, Kraepelin, Morselli, Bianchi e Tanzi, pois todos fazem do elemento etiológico a característica dominante das classificações, sem deixar de utilizar, secundariamente, elementos anátomo-patológicos, evolutivos e sintomáticos, mas acabando por escolher a classificação de Eugenio Tanzi[3], com algumas pequenas alterações, nos capítulos da confusão mental, da paralisia geral e das psicoses afectivas. Matos segue Tanzi na divisão em psicoses acidentais e constitucionais, e nestas além da loucura periódica, mantém as neuropsicoses pela anormal constituição nervosa, aceita a demência precoce de Kraepelin colocando algumas reservas quanto à extensão da forma paranoide e nas anomalias mentais (as verdadeiras degenerescências) ficavam as aberrações sexuais, a imbecilidade, a loucura moral e a paranoia, de acordo com a particular visão da escola italiana. Talvez menos nitidamente que Tanzi, Matos acaba por se aproximar de Kraepelin na aceitação da demência precoce, na sua proposta classificativa, que como se pode ver no quadro-resumo, redefine inteiramente o campo das psicoses constitucionais.

Foi em *O Hospital de Rilhafoles e os seus serviços em 1892-1893*[4], publicado em 1894, que Miguel Bombarda terá explicitado melhor o que pensava, no capítulo sobre Estatística, ao abordar a estatística nosográfica. Presta homenagem a Schüle, referindo que na sua classificação se encontram descrições magistrais, considerando-o o grande mestre da ciência psicológica, cujas interpretações psíquicas dos estados mórbidos tinham profundeza de

---

[1] LEMOS, A. Magalhães – "Cursos de pathologia mental". In: Relatório do Serviço Medico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira relativo ao primeiro biennio (1883-1885). Porto: Typographia Occidental, 1887. pp. 213-219. É neste grupo que Magnan descreve um delírio sem preparação, múltiplo, polimorfo, sem tendência à sistematização e que desaparece facilmente (bouffées délirantes) que confronta com o delírio crónico com desenvolvimento lento e progressivo.

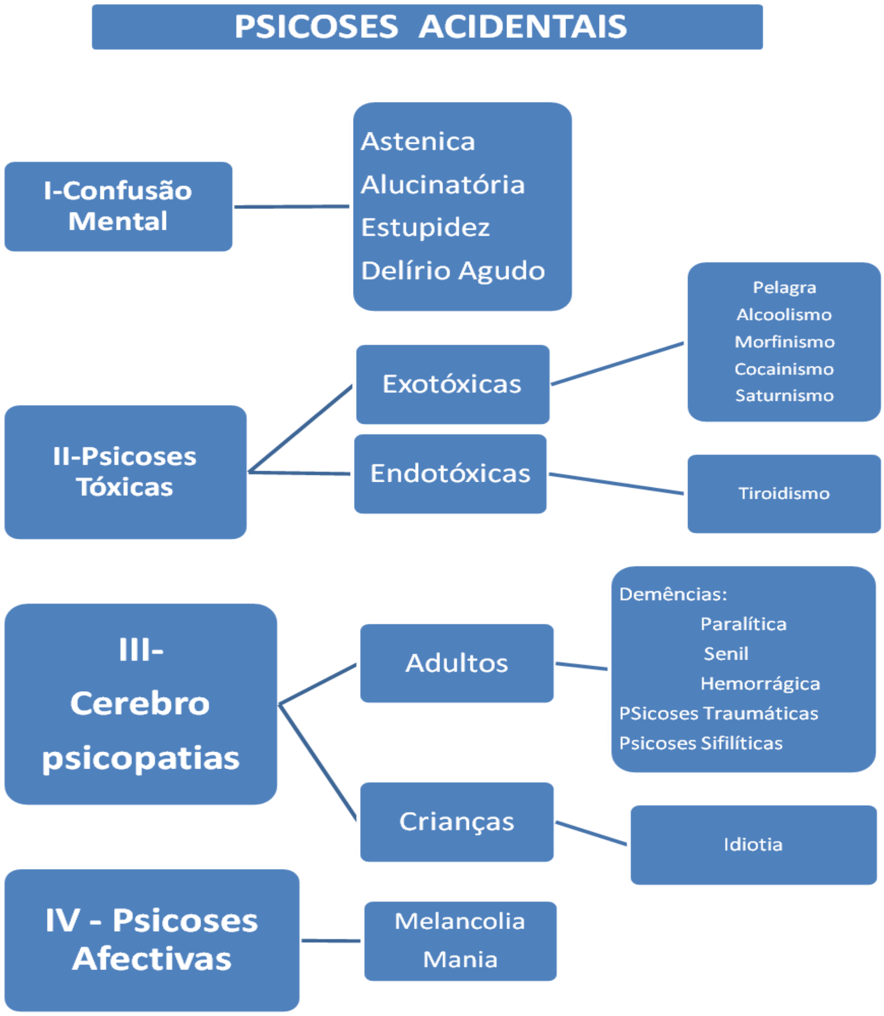
[2] MATTOS, Júlio de – "Classificação". In Elementos de Psychiatria. Porto: Livraria Chardron, de Lello & Irmão, 1911. pp. 154-166.

[3] Idem, Ibidem, pp.160-161. Ver TANZI, E. – A Textbook of Mental Diseases. London: The London Press Company, 1909. pp. 261-285.

[4] BOMBARDA, Miguel – O Hospital de Rilhafoles e os seus Serviços em 1892-1893. Publicações de A Medicina Contemporanea. Lisboa: Livraria Rodrigues, 1894.

concepção e originalidade[1]. No entanto, acha que muitas vezes "os tipos, intercalados em grupos distantes, tanto se aproximam que não pode deixar de hesitar aquele que tem de capitular essas formas mórbidas"[2].

Gravura 3 - Esquema construído com base na proposta classificativa de Júlio de Mattos em Elementos de Psiquiatria (1911)



[1]BOMBARDA, Miguel, Ibidem, pp.82. Ver SCHÜLE, H. – Traité Clinique des Maladies Mentales. Paris: Lecrosnier et Babé Éditeurs, 1888. pp. 5-18.
[2] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, p.82.

Gravura 4 - Esquema construído com base na proposta classificativa de Júlio de Mattos em Elementos de Psiquiatria (1911)



Refere o delírio crónico de Magnan como exemplo de divergências, pois para uns origina-se num cérebro válido, e para outros seria uma das formas mais evidentes da degenerescência psíquica. A contestação que tinha sido levantada por muitos alienistas é corroborada por Bombarda ao escrever que "o delírio crónico é forma extremamente duvidosa"[1] e a concomitância de estigmas de degenerescência parece-lhe facto fácil de demonstrar. Anota ainda a possibilidade do delírio se prolongar sem nunca haver transformação no delírio de grandeza, ou de o delírio de grandeza sistematizado e primitivo durar dezenas de anos.

Apesar de admitir algumas reservas e dificuldades, escolhe a classificação das doenças mentais de Krafft-Ebing, pois para além das suas próprias simpatias, era a classificação que estava em vigor no Hospital do Conde de Ferreira. Ainda no mesmo ano, em recensão a um

[1] BOMBARDA, Miguel – O Hospital de Rilhafoles e os seus Serviços em 1892-1893. Publicações de A Medicina Contemporanea. Lisboa: Livraria Rodrigues, 1894. p. 86.

livro de Krafft-Ebing considera-o um dos mais eminentes alienistas do nosso tempo, um ilustre homem de ciência que é um grande observador, tendo coroado a sua obra científica com uma classificação das doenças mentais "que tanto mais se admira quanto mais fundamente a estudamos e mais doentes observamos"[1].

Já Magalhães Lemos considerava Magnan o verdadeiro mestre da psiquiatria francesa e repetidamente se afirmou seu discípulo, chegando a classificar as lições de Ball[2], a que assistiu, como "bouquet de erudição e estilo, dans lequel la clinique n'est pour rien"[3]. Próximo de Magnan e das suas ideias, Lemos estava mais longe das grandes sínteses, avesso a especulações e teorizações que considerava prematuras, do que os outros alienistas portugueses, dizendo-se mais próximo da clínica considerando que para encetar novos caminhos só haveria legitimidade na medida em que o permitisse a observação clínica[4].

A revisão que Sobral Cid leva a cabo em *Classificação e Sistemática Geral das Psicoses*[5] (1924) é um trabalho fundamental para entender a história e a evolução conceptual dos sistemas classificativos, pela clareza e profundidade num tema muito complexo. A noção central de degenerescência para Morel era um processo mórbido afectando a própria estirpe, tendo o seu ponto de partida nas influências deletérias do meio físico e moral e que se exprimia por desvios do tipo hígido da espécie, transmissíveis hereditariamente e evolucionando progressivamente para uma completa degradação. Haveria pois degenerescências físicas, e outras que atingiam as funções intelectuais e o equilíbrio moral. Apresenta um esquema de Morel para ilustrar a história de uma família atingida pela degenerescência[6]:

1ª Geração: Nervosismo, temperamento nervoso, incapacidade moral, excessos.

---

[1] BOMBARDA, Miguel – A Medicina Contemporanea, nº 53 (1894), p. 467.

[2] Benjamin Ball, apoiado por Charcot, fora escolhido para 1º professor da Cadeira de Doenças Mentais e do Encéfalo, em 1877, em despique com Magnan. Ver BERRIOS, G. E.; FUENTENEBRO de DIEGO – Delirio. Madrid: Trotta, 1996. p. 79.

[3] LEMOS, A. Magalhães – "Nota sobre a organisação do serviço medico nos asylos d'alienados de Paris". In Relatorio do Serviço Medico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira relativo ao primeiro biennio (1883-1885). Porto: Typographia Occidental, 1887. p.203.

[4] Em trabalho sobre Os progressos da Medicina em 1899, ao tratar "A Psiquiatria", Lemos não manifesta interesse ou aproximação às ideias de Kraepelin, que não chega a citar. Pelo contrário, desenvolve bastante o tema dos delírios sistematizados, caro a Magnan. LEMOS, A. Magalhães. - A Medicina Contemporanea, nº1 (1900), pp.7-9. Sintomáticamente, no Programa do Curso de Psiquiatria de 1917-1918, Magalhães Lemos menciona a "explicação e crítica" da classificação de Tanzi, e refere a "extensão abusiva" da forma paranoide segundo Kraepelin. Ver Anuário da Faculdade de Medicina do Porto. Anos lectivos de 1917-1918 e 1918-1919. Porto, 1920, pp.188-198.

[5] CID, José de Matos Sobral – "Classificação e Sistemática Geral das Psicoses". Lisboa Médica, nº 4 (1924), pp.209-223; nº 5 (1924), pp.295-309.

[6] Idem, Ibidem, p.215.

2ª Geração: Tendência à apoplexia, nevroses graves (epilepsia, histeria, hipocondria), alcoolismo.

3ª Geração: Doenças mentais (demência precoce, loucura raciocinante), suicídio, fraqueza de espírito.

4ª Geração: Idiotia congénita, monstruosidade, suspensão do desenvolvimento, degeneração cretinosa.

Ficava ilustrada a lei que presidia ao processo degenerativo: agravamento progressivo das taras até à extinção automática da descendência ao fim de algumas gerações. Esta concepção que enuncia e que conduzia a uma sucessão de fenómenos patológicos vindos do passado, que tinham modalidades diversas, mas que correspondiam a uma doença hereditária ligada a um processo biológico geral, era pois profundamente fatalista e pessimista[1].

Sobral Cid acrescenta que só cerca de 30 anos depois, graças aos trabalhos de Magnan, Legrand, Féré, Krafft-Ebing e Schüle, a doutrina é renovada, já como instrumento de classificação nosográfica e passando a caracterizar-se a degenerescência (Magnan) como desequilíbrio e desarmonia constitucional das funções psíquicas e diminuição da resistência bio-psicológica conduzindo à inadaptação a uma existência regular no meio social[2]. O diagnóstico fica assim dependente de dois processos clínicos: a história pregressa do doente com conhecimento dos dados da sua biografia médica, familiar, escolar e social, e a pesquisa pelo exame directo de estigmas reveladores da sua própria degenerescência e desequilíbrio mental. Como acrescenta Sobral Cid, a sedução da doutrina e a autoridade do mestre (Magnan) conquistaram-lhe ardentes prosélitos e a pesquisa da degenerescência tornou-se o a palavra de ordem da nova escola[3].

O conceito de degenerescência dominava o caos nosológico da psiquiatria sintomática, fazendo dele o centro de atracção em volta do qual se vinham constelar as formas mais diversas de loucura, como sintetiza Sobral Cid.

Revê depois as classificações de Magnan e de Krafft-Ebing (referidas a propósito de António Maria de Sena) que analisa críticamente de forma brilhante e finalmente vai mostrar os erros

---

[1] O termo degenerescência terá sido atribuído por Morel a Buffon, e designava toda a perturbação mental que tenha origem na hereditariedade ou seja adquirida muito precocemente. Transmitir-se-ia segundo o princípio lamarckiano da hereditariedade dos caracteres adquiridos, evoluindo de geração em geração, com gravidade crescente até à degenerescência final com eliminação dessa linhagem degenerada.

[2] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, p.216. A figura decisiva que recolhe a herança de Morel mas a transforma profundamente é Valentin Magnan, abandonando a tonalidade religiosa e enfatizando os aspectos neurobiológicos da teoria. Ver BERRIOS, G. E. – The History of Mental Symptoms. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. pp. 428-429.

[3] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, p.217.

conceptuais associados à teoria da degenerescência: a confusão entre hereditariedade biológica, que consiste na tendência à repetição na descendência dos caracteres ancestrais, e hereditariedade mórbida, que é o conjunto de influências perturbadoras do desenvolvimento ontogénico, incidentalmente introduzidas pelos estados patológicos dos progenitores.

A expressão degenerescência hereditária, acrescenta Sobral Cid, é pois um compromisso inaceitável entre dois processos biológicos antagónicos, pois um tende a conservar na família os caracteres constitucionais e o outro conduz à criação de variações patológicas insusceptiveis de serem transmitidas hereditariamente e que degradam o indivíduo do paradigma genotípico ancestral[1].

A sua conclusão após fazer a crítica da classificação de Magnan é certeira ao dizer que a doutrina da degenerescência arrasta-nos a uma conclusão tão absurda como paradoxal: "atribuir hereditariedade no seu mais elevado grau às psicoses degenerativas que não são propriamente hereditárias, e filiar na simples predisposição, as psicoses constitucionais que dentro da psiquiatria são o mais irrecusável exemplo da hereditariedade"[2].

Este trabalho de Sobral Cid, publicado na *Lisboa Médica*, marca no plano das ideias a aceitação da síntese kraepeliniana na classificação das psicoses que se generaliza internacionalmente durante o século XX, e tambem em Portugal. Por isso Sobral Cid é, juntamente com Egas Moniz na década anterior, quem actualiza a classificação das doenças neuro-psiquiátricas no nosso país.

São eles, no plano das ideias psiquiátricas, quem renova as classificações e a separação do grupo das neuroses das psicoses e a delimitação dos quadros orgânicos, operando a redefinição da Neurologia e da Psiquiatria e suas relações que é praticamente igual aos dias de hoje[3].

No terreno institucional os progressos serão quase nulos, apenas na legislação e no ensino obrigatório que a República inaugurou nas três escolas médicas do país.

Na obra de Morel, a alienação mental, sofrera uma mudança decisiva pois pela primeira vez ficava a psiquiatria ligada a uma classificação etiológica, síntese unitária ligando o inato e o

[1] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, p.219.
[2] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, p. 220.
[3] Durante o século XIX, as neuroses eram consideradas afecções orgânicas enquanto as psicoses eram referidas a estados psicológicos, experienciais; as psicoses seriam equivalentes aos elementos mentais ou psíquicos num processo psicofísico, enquanto as neuroses eram referidas aos aspectos que pertenciam ao sistema nervoso. No início do século XX as neuroses são numericamente reduzidas e os seus poucos membros redefinidos como perturbações psicológicas, e as psicoses vão abarcar uma classe crescente de afecções cujo denominador comum é a sua natureza orgânica. Ver BERRIOS, G. E. – "Historical Aspects of Psychoses: 19th Century Issues". British Medical Bulletin. Vol. 43, nº 3 (1987), pp. 484-498.

adquirido, o somático e o psíquico, ganhando o valor de um facto biológico geral permitindo a inclusão da psiquiatria na medicina e na ciência positiva. (Genil-Perrin, Zaloszyc, Constant)[1].

Com Magnan já se reflecte a influência da obra de Darwin e do darwinismo e a alienação mental vai sendo decomposta em doenças mentais múltiplas. No livro *Les dégénérés* de 1895, escrito por Magnan e Legrain, define-se a degenerescência como "estado patológico do ser que comparativamente aos seus antecessores imediatos está constitucionalmente diminuído na sua resistência psicofísica e não realiza senão incompletamente as condições biológicas da luta hereditária pela vida"[2].

A teoria da degenerescência irá lentamente ser criticada pela sua amplitude, que permitia explicar quase tudo com uma simples palavra, mas o golpe definitivo só será possível com a divulgação dos trabalhos de Mendel datados de1865 mas só levada a cabo após 1900, ficando desqualificadas as concepções anteriores sobre a hereditariedade das doenças mentais. O processo será lento e progressivo[3].

Quando Alberto Brochado profere a conferência: A alienação mental e a função de reprodução[4] em 1930, a sua referência principal é Mendel e as leis de Mendel, reconhecendo o autor que não é possível criar um grupo de psicoses familiais e que a aplicação das leis de Mendel à hereditariedade mental encontra inúmeras dificuldades. Referindo-se à doutrina das constituições psicopáticas, que domina a psiquiatria, acrescenta que segundo esta, a sintomatologia de um certo número de psicoses é apenas o exagero das disposições particulares de carácter, preexistentes à eclosão da doença mental, que não são mais do que a atrofia ou hipertrofia das tendências psíquicas normais[5]. E acrescenta mais à frente que a humanidade não se divide em duas categorias, de forma nítida e precisa: a dos loucos e a dos sãos de espírito, mas que haveria uma série de graus intermediários[6].

---

[1] GENIL-PERRIN, G. – Histoire des origines e de l'évolution de l'idée de Dégénérescence en Médecine Mentale. Paris: Alfred Leclerc, 1913; ZALOSZYC, A. – Elements d'une histoire de la theorie des degenerescences dans la psychiatrie française. Thèse. Faculté de Medecine de Strasbourg, 1975; CONSTANT, F. – "Introduction a la vie et a l'oeuvre de Benedict-Augustin Morel (1809-1873)". Confrontations Psychiatriques. Paris: Specia, nº 11 (1973), pp. 31-50. Supplément.

[2] MAGNAN,V; LEGRAIN, P. – Les Dégénérés. État Mental et Syndromes Épisodiques. Paris: Rueff et Cie, 1895. p. 79.

[3] A publicação do livro de Genil-Perrin em 1913, reveste-se de importância histórica. Como mostra neste livro, na obra de Kraepelin a ideia de degenerescência torna-se progressivamente longínqua já não ocupando o lugar central da sua classificação sistemática, que era o eixo das principais classificações, em Schüle e Krafft-Ebing. Começa a impor-se a ideia de "predisposições de natureza constitucional".

[4] BROCHADO, Alberto – A Alienação Mental e a Função de Reprodução. Conferência realizada a 10 de Janeiro de 1930 durante a semana da Maternidade. (não publicada).

[5] BROCHADO, Alberto, Ibidem, p.13.

[6] BROCHADO, Alberto, Ibidem, pp.13-14.

Menciona também os trabalhos de Kretschmer que descreve duas constituições basilares: a ciclotímica e a esquizotímica, onde germinam a loucura periódica e a esquizofrenia ou demência precoce, que são duas modalidades diferentes do carácter normal[1].
No texto dactilografado da conferência, a doutrina da degenerescência nem é já mencionada.

4.1. PARALISIA GERAL

A paralisia geral ou demência paralítica, ou paralisia geral dos alienados como muitas vezes vinha escrito nos tratados, ou paralisia geral progressiva, foi uma das enfermidades mais temidas e frequentes no decurso da história da psiquiatria.
O tema cedo interessou Júlio de Matos que ainda antes da publicação do *Manual das Doenças Mentaes*, escreveu sobre ele na revista *A Medicina Contemporânea*[2]. Começa por relembrar que foi Bayle que a constituiu como entidade mórbida distinta, com dois grupos de sintomas; uns de natureza física, perturbações da motilidade, outros mentais, o delírio de grandeza. Nas primeiras referia-se à hesitação da palavra, a um tremor dos lábios, da língua e dos membros que se vai acentuando, a fraqueza e perda do tónus muscular mais tardiamente e desde o início, ataxia nos movimentos finos tais como a escrita. O delírio de grandeza ou monomania ambiciosa ou megalomania, era o sintoma mental. Quanto aos sintomas físicos, Ball nas suas *Leçons sur les maladies mentales*[3] reforçava a sua importância, e a mais ligeira hesitação da palavra, o tremor leve, o enfraquecimento muscular e a ataxia, mesmo que ligeiros, se presentes, num caso qualquer de alienação levavam os alienistas a colocar imediatamente a hipótese de paralisia geral.
Quanto aos sintomas mentais, Júlio de Matos, pelo contrário, considerava que o delírio de grandeza não era sintoma constante ou patognomónico da doença. E vai exemplificar com um conjunto de casos clínicos, mostrando que o delírio de grandeza pode existir fora da paralisia geral e que a paralisia geral pode existir sem delírio de grandezas, apresentando pelo contrário delírio de perseguições ou hipocondríaco ou delírio alternante ou circular. Por outro lado, vai de novo apresentar exemplos onde vários casos de outras formas de alienação se acompanham do delírio de grandeza.

---

[1] BROCHADO, Alberto, Ibidem, p.14.
[2] MATTOS, Júlio de – Reflexões sobre o diagnóstico da paralysia geral dos alienados. A Medicina Contemporanea. nº 42, 43, 44 (1883), pp. 335-337, pp. 345-347, pp. 351-352.
[3] BALL, B. – Leçons sur Les Maladies Mentales. Deuxième édition. Paris: Asselin et Houzeau, 1890.

Também para Bayle existiam três períodos na evolução da paralisia geral: primeiro uma monomania ambiciosa, depois um delírio maníaco com predomínio de ideias de grandeza e finalmente a demência.

Matos considera que a demência complica desde o começo o delírio dos paralíticos e a fase maníaca é muitas vezes inicial na doença. Vai depois socorrer-se dos trabalhos de Falret e de Régis, nomeadamente do primeiro, para mostrar que há um facto fundamental: independentemente da diversidade de delírios, há uma característica psíquica constante que é a decadência das faculdades intelectuais e morais, a demência que é primitiva, aparece desde o princípio e que é progressiva.

Assim, como referido por Baillarger havia afinal dois sintomas essenciais: os sintomas de paralisia e os sintomas de demência. Outra nota importante é o diagnóstico diferencial entre a paralisia de forma melancólica e o melancólico simples, pois este pode chegar a sistematizar o delírio, mas mantém a firmeza, a lógica e a teimosia argumentativa, enquanto o paralítico apresenta perda de memória, concepções absurdas e contradições grotescas (Ball), com indelicadezas e acções repreensíveis, i.e. como conclui Matos "a futilidade, o absurdo, a contradição deste delírio atestam desde o começo um fundo de demência evidente"[1].

A última parte do importante trabalho de Júlio de Matos resume as conclusões, voltando a distinguir o delírio coerente, por vezes dramático e sistematizado do melancólico simples com o delírio fútil e dissociado do paralítico e que pode até ser insignificante sendo a demência o único sintoma psíquico da doença. E é com os sintomas de demência como a perda de memória, sobretudo para factos recentes e a valorização de furtos não premeditados que correspondem a regressões e a enfraquecimento mental e perda do senso moral. Esta demência pode acompanhar-se segundo Régis e Matos de um carácter que denominam benevolente e que é marcada por uma disposição afectiva benévola mas desadequada às circunstâncias, como por exemplo referir ao médico: "vamos para o Brasil, que lhe estabeleço lá relações importantes, que lhe darão fortuna"[2].

O capítulo sobre a doença no *Manual das doenças mentais* [3], sistematiza o tema de forma mais completa, mas não traz grandes diferenças, sendo a questão essencial, a da etiologia, longamente discutida e só resolvida no início do século XX. Curiosamente Matos além das causas físicas (traumatismos cerebrais, insolações, excessos venéreos, sífilis e abusos

[1] MATTOS, Júlio de,Ibidem, p.347.
[2] MATTOS, Júlio de, Ibidem, p.352.
[3] MATTOS, Júlio de – Manual das Doenças Mentaes. Porto: Livraria Central de Campos e Godinho Editores, 1884. pp. 180-202.

alcoólicos) menciona causas morais determinantes da afecção, nomeadamente os excessos intelectuais prolongados, as decepções e a acção contínua de desgostos.

Na sintomatologia, descreve uma fase prodrómica ou de incubação a que Legrand du Saulle chamava período médico-legal, pois a mudança ou perversão do carácter e a transformação dos hábitos de vida eram os primeiros sintomas observáveis.

Nos sintomas físicos descreve e pormenoriza as alterações, na parte psíquica, diz que as formas delirantes se repartem por três grupos – expansiva, depressiva e alterna ou circular. Podem surgir crises epileptiformes que podem confundir-se com a paralisia geral, o alcoolismo, a sífilis cerebral e a intoxicação saturnina.

Quanto ao prognóstico trata-se de uma doença incurável, descrevendo alterações da anatomia patológica e quanto ao tratamento além do isolamento, temos cuidados higiénicos e medicação revulsiva a ocupar o lugar de honra, meramente sintomática (brometo de potássio, morfina, purgantes, etc.).

Um trabalho monográfico sobre o tema foi o de Magalhães Lemos[1], onde defendia opinião semelhante sobre as suas causas, influenciado pela escola francesa onde o seu mestre Magnan pontificava e valorizava o alcoolismo especialmente como causa.

Na introdução ao trabalho, presta tributo à escola anátomo-patológica, fala dos triunfos de Bichat até Virchow, menciona os exageros de Broussais, para depois chamar mestres a Bouchard, Charcot e Magnan, sendo no laboratório deste último e sob sua direção que redigiu parte do trabalho sobre a histologia patológica da paralisia geral.

Define-a como doença essencialmente cortical, de evolução fatalmente progressiva e caracterizada clinicamente por grande enfraquecimento psíquico acompanhado ou não de delírio e por perturbações sensitivo-motoras, anatomicamente por uma encefalite intersticial crónica e difusa. Apoiando-se nos trabalhos de Magnan, Lemos considera que as aderências meningo-cerebrais faltam por vezes no cérebro dos paralíticos e podem encontrar-se no alcoolismo crónico, na meningite tuberculosa e na demência senil, tendo investigações de Fournier revelado a sua presença na sífilis cerebral. Conclui que não é lícito aceitar como característica uma lesão importante mas que pode faltar na doença e que não é específico dela.

Quanto à clínica e analisando as formas delirantes tão diferentes como o delírio de grandeza ou o delírio hipocondríaco, Lemos confessa que a sua génese é obscura, mas manifesta

[1] LEMOS, A. Magalhães – A Paralysia Geral. Contribuição ao estudo da sua histologia e physiologia pathologica. Porto: Typographia Occidental, 1889. Dissertação de Concurso.

fidelidade às suas "crenças localistas e obedecendo ao espírito fisiológico"[1] que o tem guiado, admite, com toda a reserva, que o córtex anterior ou psíquico seja o principal foco do delírio de grandeza, e o córtex posterior ou sensitivo como sede provável do delírio hipocondríaco.

Nos *Elementos de Psiquiatria*[2], Júlio de Matos no capítulo sobre etiologia, ao abordar as causas predisponentes diz que cabe o papel mais importante aos agentes tóxicos e infecciosos, entre os quais o álcool e a sífilis ocupam os primeiros lugares, e aborda o polémico tema da sífilis. Começa por afirmar que alguns pretenderam fazer da sífilis o antecedente necessário da encefalite difusa, chegava-se a afirmar que não era paralítico geral quem não tivesse sido sifilítico (Fournier, Möbius). Acha que "os limites da experiencia clínica são manifestamente excedidos"[3], mas que tiveram uns anos de voga, como tudo o que é radical e simplista, e que após numerosos estudos críticos e estatísticos se começava a desenhar, contra o exagero da origem necessariamente sifilítica da paralisia geral, a doutrina, de que todas as infecções e tóxicos preparavam o advento da doença[4]. É esta opinião que Matos defende e que diz ir desenvolver noutro trabalho, que "a sífilis não teria uma acção especial na génese da demência paralitica"[5] e não representaria nela maior papel que qualquer outra infecção ou intoxicação, apenas a sua difusão e transmissão hereditária são maiores e o álcool manteria um lugar paralelo. Continua a referir como causas determinantes os traumatismos cranianos, os excessos sexuais e as prolongadas emoções depressivas.

Quanto aos sintomas psíquicos, Matos descreve vários síndromes: demência paralítica, que é a variedade mais comum, designando bem a fisionomia clássica da encefalite intersticial difusa, descrevendo depois uma forma expansiva, depressiva, cíclica, confusa, e paranoide. No tratamento Matos volta a referir que "as ilusões criadas pela doutrina da natureza sifilítica se desvaneceram ao fim de uma longa e prejudicial prática de injecções intramusculares e intravenosas de sais de mercúrio"[6]. O tratamento deveria ser sintomático, visando retardar a sua marcha progressiva, pelos métodos habituais já referidos e fazer o tratamento das intercorrências, devendo ser frequentes vezes observados do ponto de vista somático. Descreve separadamente as psicopatias sifilíticas, referindo a dificuldade de diferenciar entre

---

[1] LEMOS, A. Magalhães., Ibidem, p.72.
[2] MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Livraria Chardron, de Lello & Irmão, 1911.
[3] Idem, Ibidem, p.296.
[4] Barahona Fernandes em análise fina e pertinente escreve que as posições de Júlio de Matos e Magalhães Lemos devem ser compreendidas como filiadas no espírito clínico excessivamente *pointilista* da análise sintomatológica da psiquiatria francesa da época. Ver FERNANDES, H. Barahona – "Relações da neurologia com a psiquiatria na obra de Magalhães Lemos". Portugal Médico. Vol. XL, nº 1 (1956), p.4.
[5] MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Livraria Chardron, de Lello & Irmão, 1911, p.297.
[6] Idem, Ibidem, p.326.

a pseudo-paralisia geral sifilítica e a demência paralítica, porque os sintomas podiam ser num dado momento de extrema semelhança.

Bombarda, sobre este mesmo assunto, escreve em *A Medicina Contemporânea*, sobre o XIV Congresso Internacional de Medicina de Madrid[1], em 1903, sobre a "Secção de neuropatias, doenças mentais e antropologia criminal" começando por referir a questão capital que é a origem sifilítica da paralisia geral dos alienados. A seu ver o trabalho mais importante terá sido o de Chaumier, de Paris, que apresentou um estudo estatístico de cerca de 240 doentes, concluindo que nem sempre se podia encontrar a sífilis nos antecedentes dos paralíticos; para ele a demência paralítica é sobretudo consequência da infecção sifilítica, mas também pode ser produzida pelo alcoolismo e outras causas. Bombarda diz depois que Magalhães Lemos se associou a estas conclusões, no que diz respeito à não exclusividade da etiologia sífilítica, baseando-se na observação de uma paralítica geral que não era portadora de sífilis.

Bombarda, pelo contrário, pronunciou-se convictamente pela ideia de que "onde não há sífilis, não há paralisia geral"[2], e que tal opinião estava muito espalhada entre os patologistas da Inglaterra e da América. Achava que a pseudo-paralisia geral alcoólica a imita com perfeição, mas pode ser distinguida pela sintomatologia em vida e pelas lesões encontradas, facto observado por Krafft-Ebing que considera um grande observador. Por outro lado, o acidente primitivo da sífilis passaria muitas vezes despercebido ao doente, sobretudo na mulher, ou então esquecido ou negado. Mas a sua impressão clínica tem vindo a firmar-se e refere que há poucos anos procurou separar em Rilhafoles os paralíticos gerais com estigmatização sifilítica dos que não a apresentavam e entre 15 ou 20 doentes não conseguiu separar um único para o segundo grupo. E narra depois casos isolados mas em que foi possível apurar embora dificilmente a infecção primária por desconhecimento ou por negação; daí a sua convicção baseada numa impressão clínica sólida: "a paralisia geral é sífilis"[3].

Em contraste, Júlio de Matos e Magalhães Lemos não aceitavam a etiologia sifilítica da paralisia geral em todos os casos e achavam que outras afecções tóxicas ou infecciosas podiam ser também responsáveis.

A intuição clínica em Bombarda era por vezes certeira, embora seja verdade que a sua opinião não foi sempre essa, pois anteriormente também manifestara concordância com os seus

[1] BOMBARDA, Miguel – "Impressões e notas de congressistas. XIV Congresso Internacional de Medicina. Madrid, Abril de 1903". A Medicina Contemporanea. nº 21 (1903), pp.165-167.
[2] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, pp.165-166.
[3] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, pp.165-166.

colegas, como em 1894 ao fazer uma recensão a um livro de Krafft-Ebing em que concorda com as opiniões do autor alemão que admirava especialmente[1].

Alfred Fournier, que não era alienista, vinha defendendo desde 1879 contra a opinião da maior parte dos alienistas a etiologia sifilítica da paralisia geral, assim como estando na génese da ataxia locomotora, a tabes, desde 1875. Finalmente em 1913, Noguchi e Moore descobrem o treponema no encéfalo dos paralíticos gerais. E em 1917, Wagner von Jauregg inventa a malarioterapia para o seu tratamento[2].

De obscura afecção neuropsiquiátrica a doença passou a encefalite do período terciário da sífilis, contribuindo para a redefinição das relações entre a Neurologia e a Psiquiatria e para a reconceptualização classificativa das perturbações mentais, vibrando mais um golpe na doutrina da degenerescência já em fase descendente.

Referência importante em Portugal é o trabalho de Pulido Valente[3] intitulado "Sobre a etiologia e patogenia da paralisia geral".

Pulido Valente em 1921, proferiu uma lição sobre paralisia geral, para professor da Faculdade de Medicina de Lisboa[4]. Afirma que o progresso da patologia das doenças mentais se faz no sentido de descobrir e esclarecer as condições do seu determinismo material e uma consequência desta orientação filosófica da ciência é que quando a patologia de uma doença mental atinge uma fase avançada do seu progresso, "ela se resolva numa série de questões de patologia geral; a fase psiquiátrica, é só uma etapa na evolução da patologia mental" [5]. Era o exemplo da paralisia geral, inteiramente integrada na medicina geral.

Pulido Valente historia depois, neste importante escrito, a história desta entidade mórbida, a começar por Bayle que primeiro a isolou. Discípulo de Esquirol, percebeu em 1822 que entre o conjunto das demências, havia algumas que tinham sempre a mesma evolução: começo por um delírio de grandezas, a que depois se vinham juntar perturbações da articulação verbal e uma demência progressiva até à morte. E nas autópsias encontrava sempre as mesmas lesões,

---

[1] BOMBARDA, Miguel – "Bibliografia". A Medicina Contemporanea. nº 53 (1894), pp.466-467. A doença era susceptível de cura no início, com tratamento bem conduzido. Também considerava a influência do álcool incontestável na demência paralítica.

[2] QUÉTEL, Claude – Le Mal de Naples. Histoire de la syphilis. Paris: Seghers, 1986.

[3] VALENTE, Francisco Pulido – "Sur l'étiologie et la pathogénie de la paralysie générale". Arq. I. Bact. Cam. Pestana. Tomo V, Fasc. I., 1917.

[4] O texto terá sido encontrado no seu espólio e foi objecto de uma apresentação pelo Prof. Miller Guerra, no serviço de Neurologia da F. de Medicina de Lisboa em 1982 e publicado. Ver In Memoriam Francisco Pulido Valente (1884-1963). Imprensa Nacional – Casa da Moeda, 1989. pp. 102-119.

[5] VALENTE, Francisco Pulido – "Paralisia geral". In Memoriam Francisco Pulido Valente. p. 103.

uma inflamação da aracnóideia dos lobos frontais. Chamou a essa doença aracnite[1]. Nas décadas seguintes vão sendo tornados mais precisos os dados anátomo-patológicos e o quadro clínico estudado a fundo, sendo reconhecidos como paralíticos gerais 20 a 25% dos internados dos manicómios de Paris (também em Portugal se apontava para cerca de um quarto dos alienados internados). O autor menciona Esmarch em 1857 como sendo quem primeiro afirmou que a paralisia geral era sífilis e depois Fournier que longamente foi defendendo que não havia a doença sem sífilis.

Mas a grande dificuldade é que o exame macroscópico revelava lesões bem distintas das sifilíticas, a doença só se observava muitos anos depois do acidente primário e a terapêutica específica era totalmente ineficaz. Perante isto, foi surgindo a doutrina da parassífilis, que dividia a patologia da sífilis em dois grupos: o primeiro agrupando as lesões directamente causadas pelo vírus sifilítico, ao tempo desconhecido e estas seriam passiveis de tratamento específico; o segundo, que incluía a paralisia geral, era o das lesões parassifilíticas, sendo responsável não o vírus mas tóxicos gerados no organismo por um efeito remoto do vírus que alteraria o organismo após muito tempo de vida em contacto com ele. Por isso o tratamento específico era ineficaz. Já não era o vírus que actuava na determinação das lesões parassifilíticas. Até ao fim do seculo XIX, a maior parte dos autores aceitava este dualismo, por um lado etiologia luética e por outro a doutrina da parassífilis.

No início do século XX, trabalhos de Nissl e Alzheimer caracterizaram a histopatologia da doença, que era bem diferente da das lesões sifilíticas, mas em alguns casos havia coexistência do quadro histológica da paralisia geral com as lesões cerebrais da sífilis banal, o que reforçou a hipótese da etiologia luética. Por outro lado existiam afinidades entre as doenças sifilíticas e a tripanossomíase, inclusivamente do quadro clinico, e ao verificar-se a etiologia tripanossomisíaca da doença do sono, a presunção da etiologia sifilítica da paralisia geral ficou muito reforçada. Valente menciona também que a primeira aproximação da doença do sono e da paralisia geral foi feita por Marck Athias e Carlos França em termos anatómicos.

Em 1905, Schaudin descobre o agente da sífilis e a presença do treponema é demonstrada no acidente primário, nos secundários e por fim nas lesões terciarias; só não aparecia nas paralisias. Entretanto Wassermann descobre a reacção que ficará com o seu nome e verifica que a sua frequência na paralisia é superior a qualquer outra afecção comprovadamente

[1] Sobre Bayle, a “arachnitis chronique” e a paralisia geral, ver BERRIOS, G. E. – “Other Forms of Dementia”. In BERRIOS, G. E., FREEMAN, H. – Alzheimer and the Dementias. London: Royal Society of Medicine Services Limited, 1991. pp. 89-91.

sifilítica. Finalmente em 1913, Noguchi e Moore comprovam a presença do treponema no cérebro de paralíticos gerais. Mesmo assim a natureza parassifilítica da paralisia geral continuou a ser defendida, por autores eminentes que diziam que havia treponemas no córtex paralítico, mas isso só queria dizer que o paralítico fora sifilítico, mas para provar que seja o agente local das lesões seria preciso mostrar a sua presença em todos os casos. Pulido diz a seguir que os seus trabalhos, entre outros, refutam as duvidas e mostram que as lesões paralíticas são meramente um efeito local do treponema; a doença evoluiria por focos disseminados e se nalguns casos a pesquisa é negativa é porque explorando área limitada do córtex frontal, por vezes atingiam-se regiões ainda não atacadas ou já cicatrizadas[1]. Os factos principais foram também confirmados por Jahnel, um investigador de Franckfurt. Conclui dizendo que a paralisia geral é uma espiroquetose crónica do encéfalo, predominantemente do córtex frontal, e há períodos de latência e recidiva, sendo nestes que os agentes pululam no córtex mas em focos descontínuos, e assim na evolução clínica traduzem-se por períodos agudos de agravamento de sintomas intercalados com períodos estacionários, mas a cada nova crise o doente fica a um nível mais baixo; a descida para a demência e morte faz-se por degraus. No final do trabalho Pulido Valente ainda resume a doutrina defendida: "Infecção meníngea regional, que se há evolução no sentido da paralisia geral ocasiona uma linfangite cerebral e se são ultrapassados os limites da mesoderme há infecção do tecido nervoso e surgem os sintomas psíquicos e somáticos"[2].

Barahona Fernandes comenta que Pulido Valente aproveitou de forma hábil e feliz os numerosos casos que observava como assistente de psiquiatria de Júlio de Matos e que os seus trabalhos tiveram repercussão internacional, sendo citados por Jahnel no tratado de Bumke de 1930. E que as suas conclusões iam contra as do seu mestre Júlio de Matos que colocava dúvidas a essa etiologia única. Fora disso, acrescenta, na psiquiatria Pulido Valente ficou ligado ao modelo clínico objectivo de Matos e Bombarda, referida aos temas biológicos e sua investigação, e interpretação em termos científico-naturais[3]. Constitui um facto significativo que a partir da década de 1920 os trabalhos sobre o tema versem quase exclusivamente o tema do tratamento, por vezes em notas ou traduções de conferências por autores estrangeiros, em

---

[1] VALENTE, Francisco Pulido - "Paralisia geral". In Memoriam Francisco Pulido Valente. p.109.
[2] Idem, Ibidem, p.116.
[3] FERNANDES, H. Barahona – "Francisco Pulido Valente: da psiquiatria biológica ao naturalismo da clínica médica". In: In Memoriam Francisco Pulido Valente (1884-1963). Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 1989. pp. 169-173. Conta que Pulido Valente terá traduzido para Matos os trabalhos em alemão de Freud, sem entusiasmo da parte de um e de outro e que Pulido Valente terá tido uma disputa com o Mestre por causa da excessiva separação individual dos doentes, sendo Matos partidário do seu máximo "isolamento manicomial". Pulido Valente orientou-se depois para a Clínica Médica de que foi um incontestado Mestre.

notas não assinadas, como a propósito de uma conferência feita por Weygand na Faculdade de Medicina de Lisboa, ou sobre os benefícios alcançados com as inoculações palúdicas e a febre recorrente. Datam de 1917 as primeiras inoculações, realizadas por Wagner von Jauregg, com resultados satisfatórios e discutiam-se as hipóteses para explicar a acção sobre os sintomas, mencionava-se a necessidade de tratamento pelo salvarsan, logo que cessassem os acessos febris, para facilitar o restabelecimento dos doentes.

Prescrevia-se quinina para debelar a infecção e iniciava-se depois o tratamento arsenical e em seguida o bismútico. A inoculação da malária seria especialmente indicada nos casos de paralisia geral inicial, representando o método de Wagner-Jauregg uma grande conquista terapêutica.

O tema da sífilis pela sua importância médica e social despertava muito interesse e foi objeto de muitas dissertações inaugurais, quer sobre a etiologia, o diagnóstico, a hereditariedade ou o tratamento. O tema ocupava e preocupava os alienistas, confrontados com a sua frequência e com o prognóstico fechado que lhe estava ligado. Como se compreende as dissertações apresentadas sobre o tema reflectiam poderosamente a data da sua apresentação, nomeadamente ainda no século XIX, com as opiniões de Júlio de Matos e Magalhães Lemos no Porto. A tese de doutoramento de Bettencourt Rodrigues apresentada em Paris em 1886[1] versava a paralisia geral. Compreensívelmente, a lenta afirmação da etiologia sifilítica da doença vai acompanhando os temas dos trabalhos publicados nas primeiras décadas do século XX, como o serodiagnóstico pela reação de Wassermann, sobre o salvarsan e depois as terapêuticas propostas por Von Jauregg. Uma tese de Aureliano Vieira Campos[2] apresentada no Porto em 1924 já salientava a importância do trabalho de Pulido Valente sobre a etiologia e patogenia da paralisia geral.

4.2. HISTERIA

No *Manual das Doenças Mentais*, Matos aborda a loucura histérica no capítulo das loucuras neuropáticas, que agrupava também a loucura epiléptica, e as loucuras coreica, cataleptica e a paralisia agitante. Apoiando-se em Ball, Legrand du Saulle e Charcot na sua descrição, procurava separar os sintomas psíquicos e somáticos enumerados de acordo com as manifestações exteriormente observáveis, com a versatilidade extrema dos estados psíquicos,

[1] RODRIGUES, A. Bettencourt – Contribution a l’étude des reflexes dans la paralysie générale des aliénés. Paris: Imprimerie des Écoles, 1886. Thèse.
[2] CAMPOS, Aureliano Vieira – Paralisia Geral e Sífilis. Porto: Tipografia Porto Médico, 1924.

sendo depois agrupados no caso de haver ataques (analogia com a epilepsia) em pequena histeria e grande histeria ou histero-epilepsia se aparecessem sinais próprios dos ataques epilepticos.

Mas se até aqui ainda não se pode falar de loucura, ou de alienação mental, depois vai falar do delírio histérico, apresentando como manifestações delirantes da histeria: "mania, excitação maníaca, melancolia, alucinações seguidas de impulsões irresistíveis, que podem ser suicidas, homicidas, piromaníacas e cleptómanas"[1]. O delírio, de acordo com Ball, poderia surgir antes do ataque, durante o ataque ou na fase terminal deste, ou ainda como substituto das crises convulsivas: forma larvada da loucura histérica, podendo o delírio constituir um verdadeiro acesso maníaco ou melancólico.

O diagnóstico pelo delírio não sendo característico, tornava importante a história pregressa, para apurar a existência de acidentes convulsivos, do estado mental e do estado actual, para estudar condições somáticas, pesquisar alterações frequentes da sensibilidade e da motilidade. A loucura histérica podia ter uma evolução aguda ou crónica, na aguda a cura era frequente, sendo na crónica incurável, mas a demência rara.

Nos *Elementos de Psiquiatria*[2] Júlio de Matos considera que as neuropsicoses revelariam uma degenerescência nervosa, tal como para Tanzi, e desse grupo faziam parte a neurastenia, a histeria e a epilepsia. Começa por dizer que para definir a histeria seria necessário conhecer a sua natureza íntima, mas que se persistia no terreno das interpretações, citando a célebre revisão do tema em 1908 pela Sociedade de Neurologia de Paris, em que "um pleno acordo de vistas não foi ainda obtido"[3]. Referindo e pondo em paralelo os que fazem da histeria uma doença primitiva e essencialmente psíquica, num fundo de extraordinária sugestibilidade e os que a encaram como afecção essencial e primitivamente somática e episódicamente psíquica.

Matos acaba por se apoiar na definição de Tanzi, "guardando reservas sobre a teoria exclusivamente psíquica, defendida por Pierre Janet e outros"[4].

---

[1] MATTOS, Júlio de – Manual das Doenças Mentaes. Porto: Livraria Central, 1884. p. 216.

[2] MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmão, 1911. pp. 433-461.

[3] MATTOS, Júlio de, Ibidem, p. 433. Na célebre reunião de Abril-Maio de 1908, intervieram as figuras mais importantes da neuro-psiquiatria e Pinto de Magalhães, da redacção da Medicina Contemporanea, fez uma importante nota, em que considera que a questão da histeria não ficava resolvida substituindo o termo histeria por pitiatismo, como sugerido por Babinski. MAGALHÃES, Pinto de – "A questão da hysteria". A Medicina Contemporanea, nº 51 (1908), pp.404-405. Berrios refere que a noção de pitiatismo foi alvo de crítica das principais figuras (Raymond, Déjerine, Pitres, Janet, Crocq). BERRIOS, G. E. – The History of Mental Symptoms. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. p. 393

[4] MATTOS, Júlio de, Ibidem, p. 435. Júlio de Matos parece manifestar pouca simpatia pela análise psicológica de Pierre Janet, nunca utilizando também o termo psicastenia da autoria de Janet.

Eugenio Tanzi, acentuando que não há um único sintoma de histeria que não possa reproduzir-se pelo hipnotismo, definiu-a como "disposição constitucional, a maioria das vezes hereditária, com centros nervosos a reagirem de um modo paradoxal a estímulos insignificantes ou imperceptiveis para os normais"[1]. Mais do que uma doença, seria para Tanzi uma anomalia do equilíbrio nervoso, a que corresponderia talvez uma anomalia ligeira do equilíbrio químico e por isso não é causa nem efeito de alterações anatómicas, não conduz à demência e não apresenta manifestações irreparáveis. Quanto à etiologia, para lá da hereditariedade, o autor discute a influência do sexo, lembrando que a histeria foi considerada doença quase exclusivamente feminina, e ainda nas estatísticas de Briquet[2] 95% dos casos são mulheres, mas os trabalhos de Charcot e da escola da Salpêtriére demonstraram a grande frequência da histeria masculina nas classes pobres, e havendo quem afirme que afecta igualmente os dois sexos.

Matos, como Tanzi e Kraepelin, acha que embora muito mais frequente do que se pensa no homem, a histeria é preponderante na mulher. Menciona os traumatismos físicos e psíquicos (railway-spine dos americanos, neurose traumática para os alemães), determinada pelos choques mecânicos, emoções violentas e terror. Além da imitação e das epidemias histéricas, as influências mesológicas de ordem moral que determinam nos predispostos a eclosão da neurose são as práticas religiosas, as leituras místicas e romanescas, o convívio com neuropatas e as emoções deprimentes muito rápidas. No capítulo da sintomatologia começa pelos sintomas somáticos, com destaque para a descrição do grande ataque histérico ou ataque de grande histeria (Charcot), que segundo a Escola da Salpêtriére tinha quatro períodos distintos[3]: o epileptoide, o de acrobatismo com o arco de círculo, a garra cubital e os movimentos rítmicos da bacia, o de atitudes passionais e o terminal. O acesso completo com a sucessão regular de períodos, é considerado raro pelo autor, que lembra que Bernheim o considera um puro resultado artificial, uma sugestão da Escola da Salpêtriére, e Tanzi observa que as histéricas sofreriam a involuntária sugestão de Charcot, dos seus discípulos e das companheiras treinadas na exibição pública dos ataques. Matos acrescenta nunca ter visto fora da Salpêtriére um acesso típico, o que sempre tem visto é um desdobramento irregular e salteado dos sintomas descritos, com falta de alguns. E mostra também concordância com a

---

[1] MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmão, 1911. p. 435. Ver TANZI, E. – A Textbook of Mental Diseases. The London Press Company, 1909. p. 564.

[2] Referencia a BRIQUET, Paul – Traité Clinique et Thérapeutique de L'Hystérie. Paris: J.B-Baillière, 1859.

[3] MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmão, 1911. pp. 439-440. Ver CHARCOT, J. M. – L'Hystérie. Textes et introduction par E. Trillat. Paris: L'Harmattan, 1998.

escola de Nancy[1] nas críticas às relações encontradas por Charcot entre as diversas fases do hipnotismo e certas manobras do hipnotizador, não sendo as manifestações do sono hipnótico menos irregulares que as do ataque histérico.

Matos fala ainda da pequena histeria, que abrange diversas manifestações paroxísticas, em que inclui a doença dos tiques de Gilles de La Tourette, as coreias e o paramyoclonus múltiplo, que se integrariam na histeria, pela sua origem emotiva e pela presença de estigmas[2]. Seguem-se episódios mórbidos, de duração muito variável, desde reacções vasomotoras e tróficas, paralisias, contracturas, parestesias e anestesias.

A natureza histérica destes fenómenos evidenciava-se pelo facto de ser possível produzi-los e suprimi-los por sugestão no sono hipnótico. Além das paralisias mais frequentes, refere depois a afonia e o mutismo histérico, e as contracturas e tremores, tal como definidos por Charcot. A hemianestesia, mais vezes esquerda, é também referida, considerada por Babinski um efeito de sugestão involuntária do médico, interpretação contestada por Tanzi[3].

Quanto aos sintomas psíquicos, o autor distingue caracter histérico e sintomas paroxísticos. Na análise do caracter histérico, Júlio de Matos coloca em oposição duas concepções, uma clássica que radica em Legrand du Saulle e que integra no seu estado mental todas as anomalias e perversões degenerativas e outra representada por Colin, mencionando uma especial sensibilidade, uma imaginação exaltada e certo espírito imitativo, o que lhe parece uma tentativa de reabilitação moral, e as duas posições são criticadas por Matos[4]. Mas há outros sintomas degenerativos que ele aceita: "ataxia moral ou afectiva", versatilidade dos sentimentos, excesso de subjectividade, que pode levar à mitomania, cambiantes de humor, desequilíbrio cenestésico, espírito de imitação e sugestibilidade. É curioso que apesar de no subtítulo do capítulo estar pitiatismo, o autor parece longe de aceitar a formulação de Babinski, na altura muito difundida.

O tratamento inclui a psicoterapia, que consiste essencialmente na sugestão, quer em vigília, quer hipnótica.

[1] Esta escola, cuja principal figura era Bernheim, muito ligada a estudos sobre o hipnotismo, tornou-se rival e muito crítica de Charcot e da escola da Salpêtriére. Ver o capítulo "L'Hystérie, enjeu ou pretexte (1886-1900): La lutte entre la Salpêtrière et Nancy". In TRILLAT, E. – Histoire de L'Hystérie. Paris: Seghers, 1986. pp.167-179. Ver BARRUCAND, D. – Histoire de L'Hypnose en France. Paris: PUF, 1967. pp. 101-182.

[2] Estas afecções passaram para o domínio da Neurologia, tal como a epilepsia. Passaram para o domínio da Psiquiatria a neurastenia, a hipocondria, os estados fobicos e obsessivos, assim como a histeria.

[3]MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmão, 1911. p.447.

[4] Idem, Ibidem, pp.450-451. Ver: ÁLVAREZ, J. M.; COLINA, F.; ESTEBAN, R. – La Histeria antes de Freud. (Gilles de la Tourette, Briquet, Charcot, Lasègue, Falret, Colin, Kraepelin, Bernheim, Grasset). Madrid: Edición La Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, 2010.

A revisão do tema feita por Pinto de Magalhães em 1908 "A Questão da Histeria"[1] é muito interessante porque interroga-se sobre o facto de se deixarem os clínicos não especialistas em embaraços sobre o conceito de histeria, ou seja., o debate sobre se se deve ou não acabar com a palavra histeria. Com o que eles não acabam, "é com o que ela designa ou significa e à falta de melhor rotulava-se com um nome consagrado"[2]. E pergunta a seguir a propósito do pitiatismo e da sugestão, se os chamados estigmas histéricos não serão o resultado duma sugestão inconsciente, quase sempre de origem médica. Refere que na Sociedade Belga de Neurologia, Crocq, perguntava o que é que se entendia afinal por sugestão ou persuasão, pois em Paris quando fez a mesma pergunta sobre o que era a sugestão, Bernheim, Babinski, Brissaud, Ballet e Dupré todos responderam, mas teria ficado tudo na mesma. Na Bélgica acabou por se chegar a uma definição para satifação de Crocq: "A sugestão é um fenómeno biológico consistindo na determinação de uma representação mental e na sua aceitação pelo cérebro com ou sem prévia crítica (controlo) "[3].

Babinski era o mais decidido defensor da sugestão como causa única dos estigmas histéricos. Nunca observara nenhum desses variados estigmas em doentes vindos de outros médicos que os tinham encontrado, pois examinando estes doentes de modo especial afastaria as causas da sugestão.

Ora na Sociedade Belga, Sano, Decroly e Crocq consideraram que Babinski não encontrava os estigmas porque os destruía "fazendo sugestão às avessas"[4], sugestionando-os poderosamente mas de outra forma. Os sintomas histéricos motivados pela sugestão eram afinal o exagero duma condição fisiológica, a questão é que esse exagero é que fazia a condição patológica! E abolir o termo substituindo-o por pitiatismo esclareceria o problema? Acrescenta Magalhães que "os neurologistas, pelo facto de os estigmas da histeria serem causados pela sugestão, concluem que realmente não existem"[5], e afinal, do longo debate entre especialistas nada ficou que esclarecesse o clínico pratico nas suas dúvidas. No número seguinte de *A Medicina Contemporânea*, relembra-se parte de um artigo de Bombarda publicado em 1897 na *Revista Portuguesa de Medicina e Cirurgia Prática* em que afirma que

[1] MAGALHÃES, Pinto de – "A questão da hysteria". A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº 51 (1908), pp.404-405.
[2] Idem, Ibidem, p.404.
[3] Idem, Ibidem, p.405.
[4] Idem, Ibidem, p.405.
[5] Idem, Ibidem, p.405.

“a histeria é uma doença psíquica e uma degenerescência”[1], valorizando a tara hereditária, ao lado dos ataques típicos da histeria, um carácter fora da normalidade com elucubrações fantasistas, logica incompreensível, bizarrias da conduta, originalidades afectivas. Esse caracter que chama extravagante, estaria sempre presente, podendo os sintomas agravar-se ou atenuar-se, mas “a psique histérica sempre se manterá indomável”[2]. E finalizava dizendo que é mais de valorizar o que é o produto de uma vida cerebral inteira, do que pormenores sintomáticos que até podem sugestionar um indivíduo normal, pois a sugestão não tem somente acção nos histéricos, mas em todos, pois “em todos há um campo do subconsciente mais ou menos vasto”[3]. Mas já em 1896, na mesma revista, Bombarda publicara uma curiosa observação clínica “Nova forma de sonambulismo histérico”[4] com um caso que apresentara na Sociedade de Ciências Medicas, de uma doente histérica que apresentava uma alteração da personalidade com amnésia absoluta para todos os factos da sua vida anterior, mas também uma alteração do Eu, pois os factos actuais não eram adquiridos pela memória nem registados na consciência. Lembrando os autores que têm estudado o tema (Pitres, Janet e Binet) passa depois a enumerar os estigmas físicos da doente, mas o que o parece impressionar “é o facto de ela não fixar, nem tentar fixar, nada do que lhe passa em volta”[5]. A situação ocorreu depois de grandes desgostos familiares e da fuga da sua querida gatinha. Depois de um período de grande excitação, rasgando tudo o que podia, apresentando alucinações e loquacidade, acalmou restando a amnésia e os estigmas de insensibilidade. Através de sugestão directa a memória tem recuperado e diminuído a insensibilidade, após graves cefaleias, parecendo que a memória da doente se tem recuperado. O autor refere a raridade destes casos de amnésia absoluta e acha que outros ensinamentos o caso pode trazer, na questão da teoria do hipnotismo e dos sonambulismos.

O mesmo caso foi objeto de publicação mais circunstanciada no *Jornal da Sociedade de Ciencias Médicas de Lisboa*[6] e a formulação é baseada em Janet: o campo da consciência tinha-se reduzido até zero, tendo começado a abrir-se um campo inteiramente novo. Pergunta

---

[1] BOMBARDA, Miguel – “Degenerescencias e hysteria”. Revista Portugueza de Medicina e Cirurgia Praticas. nº 12 (1897), pp.353-358.
[2] BOMBARDA, Miguel – “Os estigmas da hysteria”. A Medicina Contemporanea. nº 52 (1908), p. 409.
[3] Idem, Ibidem, p. 409. Artigo parcialmente republicado com este título, depois da revisão de Pinto de Magalhães.
[4] BOMBARDA, Miguel – “Nova forma de somnambulismo hysterico”. A Medicina Contemporanea. nº5 (1896), p.35.
[5] BOMBARDA, Miguel – “Nova forma de somnambulismo hysterico”. A Medicina Contemporanea. nº5 (1896), p.35.
[6] BOMBARDA, Miguel – “Somnambulismo Hysterico. Hysteria, Anesthesia Generalisada, Acustica, Anosmia, Amnesia Absoluta”. Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas de Lisboa. (1896), pp. 22-34.

o autor "O que pode ser numa histérica este segundo campo da consciência senão aquele que em toda a histérica existe sob a forma de subconsciente e que vem a revelar-se na situação de sonambulismo?"[1]. Por isto considera a doente em estado de hipnotização espontânea e por isso foram impotentes todas as tentativas de a hipnotizar, conclui. Pela importância que traz para a compreensão do pensamento psicopatológico de Bombarda importa fazer uma referência ao trabalho "Histeria e epilepsia" em *A Medicina Contemporânea*[2]. Embora se afirme longe de assimilar certas formas de epilepsia e ataque histérico, o autor pergunta se não haverá formas de transição, a hístero-epilepsia, acabando por aproximar a histeria da epilepsia por um laço poderoso – a degenerescência, e a dar o seu acordo à opinião de Tonnini que considerara a histeria como a epilepsia na feminilidade. Ou como já considerara noutro trabalho, "as neuro-psicoses constituem a ponte de união da neurologia para a psiquiatria"[3], aproximando de novo a histeria da epilepsia.

Apesar da ideia de degenerescência e da mentalidade fisiologista, Bombarda aproximou-se da ideia de uma psique histérica; as suas formulações por vezes de grande agudeza clínica confrontavam-se depois com outros pressupostos teóricos e ideológicos.

No trabalho "Degenerescências e hysteria"[4] assevera que todos os sintomas da histeria podem agravar-se, atenuar-se ou desaparecer, mas a psique histérica sempre se manterá. A visão psicológica fica obscurecida pela convicção de que "a solidez do laço degenerativo não pode ser contestado, se para ele aceitarmos o ponto de vista moderno, a base anatomo-physiologica"[5], a noção teratológica era altamente iluminadora. Reconhece que a noção de degenerescência está muito longe de estar esclarecida nos seus pormenores, mas acha que não se pode pôr em dúvida o seu valor prático. Fiel a Krafft-Ebing e às suas ideias acrescenta "são degenerescências a epilepsia, a histeria, a neurastenia, a loucura moral, o idiotismo intelectual, etc; Por mais diversos que sejam estes estados, a origem comum lá está, pelo menos na sua acção sobre o cérebro que é irredutível; A histeria é pois uma doença psíquica e uma degenerescência"[6]. É significativo que a dissertação inaugural de Francisco Pulido Valente[7] aborde a histeria de um ponto de vista próximo da visão de Babinski, que ia ganhando adeptos

---

[1] Idem, Ibidem, p.32.
[2] BOMBARDA, Miguel – "Hysteria e epilepsia". A Medicina Contemporanea. nº 48 (1894), pp.421-423.
[3] BOMBARDA, Miguel – "Loucura circular n'uma hysterica; loucura moral". A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº 46 (1894), pp.405-407.
[4] BOMBARDA, Miguel – "Degenerescencias e hysteria". Revista Portugueza de Medicina e Cirurgia Praticas, nº 12 (1897), pp.353-358.
[5] Idem, Ibidem, p.353.
[6] Idem, Ibidem, pp.355-357.
[7] VALENTE, Francisco Pulido – Introdução ao Estudo da Hysteria. Lisboa: Parceria Antonio Maria Pereira, 1909.

entre nós. O autor tem o cuidado no capítulo sobre "As interpretações" de apresentar separadamente as ideias de Janet, com exposição e crítica, e as ideias de Babinski, igualmente com exposição e crítica, como sendo os grandes expoentes da interpretação da histeria, ultrapassadas as descrições de Briquet e depois de Charcot cujas concepções se tinham tornado dominantes desde 1872. Acaba por concluir ser nas ideias de Babinski que lhe parece estar contida a boa interpretação, que seriam as ideias de muitos dos mais notáveis especialistas da França. Para Pulido Valente o "verdadeiro estigma da histeria, mas também toda a histeria está na sugestividade"[1]. As ideias de Janet, que valoriza o estreitamento do campo da consciência com tendência à dissociação e emancipação dos sistemas de ideias e de funções que pela sua síntese constituem a personalidade, parecem-lhe vagas e extremamente discutíveis.

Mas o maior defensor e divulgador das ideias de Babinski sobre a histeria será Egas Moniz, em vários dos seus trabalhos a partir de 1912, na "Lição de abertura do Curso de Neurologia" da Faculdade de Medicina de Lisboa[2] e em "As novas ideias sobre o hipnotismo"[3], de 1914.

Também no livro *A Neurologia na Guerra*[4] Egas Moniz faz uma revisão do estatuto nosológico da histeria, importante e clarificadora, pela sua defesa frontal das posições de Babinski e da definição do pitiatismo, termo que advoga para substituir a histeria. No capítulo "As perturbações chamadas de ordem reflexa" começa por fazer uma revisão histórica da histeria, dizendo que a velha concepção clássica vem desde a época de Charcot, mas que o tempo só a exagerou e maltratou, e depois de Babinski ter lançado o seu pregão de revolta, em 1901, 1906 e 1908, a grande maioria dos neurologistas teria aderido às novas concepções. E como era a histeria na concepção da velha doutrina?

Era uma doença caracterizada por duas ordens de perturbações: permanentes (os estigmas) e transitórias, as mais espectaculares do quadro clínico. As permanentes caracterizavam-se pela fixidez e precocidade, as transitórias, pelas manifestações súbitas em geral sob influência duma emoção: ataques, paralisias, contracturas, mutismo. Moniz considera que em 1906, Babinski forneceu a definição definitiva: "A histeria é um estado psíquico especial, que se manifesta principalmente por perturbações que se podem chamar primitivas, e acessoriamente por perturbações secundárias. O que caracteriza as primitivas é a possibilidade de as

---

[1] Idem, Ibidem, p.139.
[2] MONIZ, Egas – "Curso de Neurologia". A Medicina Contemporanea. nº 47 (1912), 369-373.
[3] MONIZ, Egas – "As novas ideias sôbre o hipnotismo (Aspectos médico-legais). Revista da Universidade de Coimbra. Coimbra: Imprensa da Universidade. Vol. III, nº 4 (1914). Separata.
[4] MONIZ, Egas – A Neurologia na Guerra. Lisboa: Livraria Ferreira, 1917.

reproduzir por sugestão em certos indivíduos, com uma exactidão rigorosa, e de as fazer desaparecer, sob a influência exclusiva da persuasão. O que caracteriza as secundárias é que elas estão estreitamente subordinadas às perturbações primitivas"[1].

Moniz considera que a sugestão seria uma insinuação má, e a persuasão uma insinuação racional, ou pelo menos, que não estaria em contradição com a razão. Prefere empregar nos dois casos a designação geral de sugestão que pode ser boa ou má, estar ou não em conflito com a razão, mas em que há uma imposição que é aceite. Assim a definição de Moniz, é simplesmente, "histeria é um estado psíquico especial caracterizado por perturbações que a sugestão pode produzir ou fazer desaparecer"[2].

Em 1908, a questão fora levada à Sociedade de Neurologia de Paris, afirmando Moniz que as doutrinas de Babinski saíram triunfantes da discussão e acrescentando que "salvo pequenas restrições de há muito as adoptámos"[3]. Acrescenta que Raymond, Déjérine, e Pitres, defenderam que há hemianestesias que não são o produto duma sugestão médica, mas a maioria dos neurologistas foi de parecer oposto.

Insiste Moniz que as anestesias histéricas, são sempre o produto da sugestão (médica ou auto-sugestão). Na oposição funcional e orgânico, de novo cita as doutrinas de Babinski escrevendo "todas as perturbações motoras, sensitivas, sensoriais, que possam curar-se pela psicoterapia são denominadas funcionais"[4]. E remata dizendo que esta é a doutrina dominante em quase todas as clínicas neurológicas, tendo na sua clínica substituido a designação de histeria por pitiatismo, significando a plena adesão às doutrinas de Babinski [5].

Mais tarde com Sobral Cid vamos encontrar formulações mais propriamente psicológicas quer oriundas de Pierre Janet quer de Sigmund Freud, no trabalho "Clinica das perturbações da memória"[6] de 1923, onde aborda as perturbações da memória de origem psicogénica e fala da amnésia histero-emotiva ou por repressão. A amnésia da histeria exprimiria a incompatibilidade da personalidade com uma representação ou núcleo de representações

---

[1] MONIZ, Egas, Ibidem, p. 256.
[2] MONIZ, Egas, Ibidem, p. 256.
[3] MONIZ, Egas, Ibidem, p. 257.
[4] MONIZ, Egas, Ibidem, p. 260.
[5] No entanto em *A Vida Sexual* admitira que para Freud é a neurose que está presente na etiologia e patogenia da histeria, e que "as duas doutrinas colidem por vezes, mas não se excluem". E que a concepção de Freud é sobretudo benéfica no campo terapêutico, onde houve resultados brilhantes no tratamento de graves perturbações histéricas como paralisias prolongadas. Não deixa no entanto de admitir noutros casos de histeria a existência de um estado degenerativo. Ver MONIZ, Egas – A Vida Sexual. Lisboa: Casa Ventura Abrantes, 1932. p. 585.
[6] CID, José de Matos Sobral – "Clinica das perturbações da memória". Separata do Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa. Vol. LXXXVII, nº 10 a 12 (1923). Ver Obras I. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1983. pp. 25-72.

particularmente penosas ou inaceitáveis, e que por isso tenderiam a ser banidas da consciência.

Quanto a Pierre Janet, a quem se devem os primeiros trabalhos de explicação psicogenética das neuroses, como lembra Sobral Cid, atribui a amnésia histérica a uma insuficiência da síntese psicológica, mostrando-se a personalidade do doente incapaz de assimilar e integrar no sistema psíquico o complexo mental traumatizante, que ficaria como que um sistema psicológico autónomo, dissociado da personalidade e inexistente para a consciência. Mas se este complexo dissociado transpõe o limiar da consciência, invade-a na totalidade, realizando a crise paroxística[1].

À hipótese de uma insuficiência originária da síntese psicológica opôs Freud uma outra, que consistia em admitir a existência, na vida psíquica normal, de um processo activo dinâmico – repressão, que era uma reação psicológica de defesa autoprotectora, destinada a afastar as representações penosas[2].

Quando o complexo invade o campo da consciência, surge a crise ou o estado crepuscular paroxístico. Conclui o autor, citando Janet, pela incompatibilidade de dois sistemas psicológicos: o da personalidade e o da representação traumatizante, sendo que a presença de um implica a ausência do outro, e assim a histeria pode conceber-se com a "sucessão alternante de duas amnésias, a da personalidade nas crises paroxísticas, a do complexo, nos períodos intervalares"[3].

Embora o âmbito deste trabalho de Sobral Cid seja muito mais vasto, ficam sintetizadas as diferenças entre as abordagens psicológicas de Freud e Janet.

Mencionando também as psiconeuroses da guerra, enfatiza que entre estas, de origem emocional, e ao lado das de natureza ansiosa e das perturbações psicomotoras pitiáticas, que reconhece, figuram também certo número de estados crepusculares análogos ao da histeria emotiva, seguidos de amnésia, embora por vezes sejam confundidos com a confusão mental com delírio. Insiste que esta amnésia lacunar da histeria, apesar de semelhante à amnésia pós-confusional, se pode diferenciar nitidamente, pelos caracteres próprios, mas também pela natureza sui generis do processo por que se realiza (psicogénese). Os exemplos fornecidos e os autores que convoca, Bleuler, Janet, Freud, Jung, mostram-no mais próximo nestas matérias de explicações principalmente psicológicas.

[1] Idem, Ibidem, pp. 60-61.
[2] Idem, Ibidem, p. 61.
[3] Idem, Ibidem, p. 62.

Egas Moniz, pelo contrário, favorece uma abordagem neurológica ao aderir às teses de Babinski, considerando que se lhe deve um importante trabalho de revisão e de precisão dos limites da histeria que era um diagnóstico muitas vezes impreciso e até por vezes utilizado como mero "expediente"[1]. Passa em revisão a definição de Charcot mantida pelos discípulos como Raymond e Pitres, e simplifica a definição de Babinski ao retirar o termo persuasão. Os entendimentos algo diferentes sobre a histeria não podiam deixar de se reflectir nas dissertações consoante os protagonistas e as Escolas.

Uma curiosa dissertação apresentada no Porto em 1916 por Hernâni Barrosa *A emoção e a sugestão na génese das manifestações histéricas*[2] sob a égide de José de Magalhães, Baía Júnior e Magalhães Lemos, procura fazer a descrição clínica da sintomatologia mais frequente e das formas menos frequentes, e no capítulo sobre a natureza da histeria passa em revista diversas concepções desde a fisiológica de Sollier às psicológicas de Janet e Grasset, até Bernheim, Babinski, Breuer e Freud, Claparéde e Ziehen. É especialmente crítico de Babinski por ele só valorizar a sugestão e está mais próximo duma abordagem psicológica, salientando o inegável papel desempenhado pelas emoções.

João Martins Viana apresenta na dissertação, apresentada no Porto em 1920, *A sugestão no histero-pitiatismo*[3], uma abordagem distinta, citando Gomes de Araújo, Faria de Vasconcelos e Teixeira Bastos, defendendo abertamente as ideias de Babinski sobre a histeria, considerando a sugestão como a única causa determinante da histeria, parecendo claramente influenciado pela obra de Gomes de Araújo *Histeria-Pitiatismo*[4].

Alberto Brochado em 1922, publicou "O delírio histérico"[5], começando pela referência a Sydenham, grande figura da medicina do século XVII, que encarava a doença histérica como um Proteu que toma uma infinidade de formas diferentes, para dizer que o delírio histérico, um dos sintomas do quadro clínico da histeria clássica, capaz de simular toda a patologia,

[1] Tambem Elísio de Moura se mostra defensor das ideias de Babinski, utilizando mesmo o termo pitiatismo. Ver MOURA, Elisio de – Anorexia Mental. Coimbra: Acta Universitatis Conimbrigensis, 1947. pp. 99-111.

[2] BARROSA, Hernani – A emoção e a sugestão na génese das manifestações histéricas. Porto: Typographia da Enciclopedia Portuguesa, 1916.

[3] VIANA, João Martins – A sugestão no histeropithiatismo. Porto: Typographia da Papelaria Ribeiro, 1920.

[4] ARAUJO, H. Gomes d' – Histeria Pithiatismo. Porto: Livraria Moreira, 1919. pp. 64-66. O autor tinha publicado no mesmo ano no Portugal Médico "Síndromas motores pitiáticos" onde mostra a sua admiração e concordância com a doutrina de Babinski, tal como na nota "Síntese pessoal sobre a histeria" também em 1919 na mesma revista, que estão contidos no seu livro. Embora concorde com Babinski coloca-lhe algumas reservas, salientando o papel da emoção na génese dos acidentes histéricos, considerando que os síndromes histéricos assentam num fundo psíquico especial caracterizado pela "sugestibilidade e emotividade exageradas", conduzindo ao que denomina "histeria latente".

[5] BROCHADO, Alberto – "O Delírio Histérico". A Medicina Moderna. Porto: Tipografia Empreza Guedes. nº 358 (1922). Separata.

teria sido “votado ao ostracismo pela crítica rude de Babinski”[1] tal como outros sintomas da antiga figura nosográfica. Descreve depois um caso clínico duma doente jovem que após um choque moral violento entrou numa crise onírica com um delírio com remissões e novas recidivas mas mais curtas do que a crise inicial de vários dias, e acompanhada de sintomas histéricos, como crises convulsivas, bola epigástrica, astasia-abasia, etc. Melhorando depois, terão reaparecido os episódios após o regresso à família, para depois terminarem após cessação da causa determinante.

O autor considerou o delírio inteiramente análogo aos que são descritos por Pierre Janet, nos “seus admiráveis trabalhos sobre a histeria”[2], citando os seus trabalhos sobre as neuroses e criticando trabalhos que afirmam que o sonambulismo deve ser sempre atribuído a outras causas que não à histeria; critica igualmente que o automatismo ambulatório histérico seja cada vez menos admitido e cada vez mais atribuído a estados epilepticos, fugas alcoólicas, estados obsessivos ou demenciais. Ou que o sono hipnótico seja um acidente artificial da cultura médica e da fraude dos doentes, e o síndrome fictício realizado por imitação ou por indicações retiradas de leituras ou do interrogatório médico.

Brochado reitera que cultura e fraude são hipóteses simplistas, que regra geral nada explicam, embora possa haver histéricos simuladores. Serve-se depois de um caso clínico em que houve simulação do sono hipnótico, mas de novo de acordo com Janet nem todos os histéricos simulam e os delírios são de muito mais difícil simulação, aliás reproduzindo-se com os mesmos caracteres há séculos nos mais diversos países. Cita depois o Macbeth de Shakespeare para ilustrar o delírio de Lady Macbeth e numa curiosa nota diz que apesar de a ciência não dever ir buscar a sua documentação à literatura, haveria observações geniais nas obras de alguns escritores, tão fielmente moldadas na realidade que seriam de valor para ajudar a resolver alguns problemas científicos, dando como exemplos Shakespeare e Dostoievski “cujos tipos mórbidos são como que uma antevisão das figuras que a moderna psiquiatria descreve”[3]. Descreve depois brevemente um caso de histeria numa aldeã com ataques depois da morte dos filhos, com alucinações, diálogos com os filhos e com a morte, concluindo que a sugestão não explicaria estes delírios apenas imputáveis à emoção, não havendo no caso em questão período intercalar entre o acidente emocional e a crise onírica.

Brochado insiste na crítica à doutrina de Babinski, ao dizer que embora a sugestão explicasse todos os acidentes da histeria, restaria ainda explicar a sugestibilidade que não existe em toda

---

[1] Idem, Ibidem, p.5.

[2] BROCHADO, Alberto, Ibidem, p.8. Ver JANET, P. – Les Névroses. Paris: Flammarion, 1909.

[3] BROCHADO, Alberto, Ibidem, p.13.

a gente. Por isso parece-lhe mais plausível como hipótese para a génese da afecção, a tendência para a desagregação da personalidade, ligada a um certo estado de intoxicação dos centros nervosos[1]. Estabelece analogia com o estado de sugestibilidade pós-parto ou nos períodos menstruais, e que também a fadiga aumentaria a sugestibilidade.

A identidade do "delírio onírico toxi-infeccioso[2]" fora evidenciado por Régis podendo a sugestão actuar sobre as ideias fixas pós-oníricas, e outros aproximavam o delírio onírico confusional e as alucinações oníricas de certos histéricos.

Brochado conclui que o delírio histérico seria pois um sintoma fronteiriço, na zona de transição da neurose para outros síndromes mentais. A tendência actual, acrescenta, seria para "considerar os quadros mórbidos da patologia mental como simples síndromes"[3], de acordo com Laignel-Lavastine, Chaslin[4] e Toulouse e Mignard. Insistindo nesta concepção, Brochado diz que ela corresponde à sã observação dos factos, e que se há síndromes típicos individualizáveis sintomaticamente, há outros casos de transição, aliás os mais frequentes na clínica. Finaliza defendendo que não há qualquer razão para eliminar do quadro clínico da histeria o sintoma delírio.

4.3. MELANCOLIA E PSICOSES AFECTIVAS

Em 1884, Matos publica na revista *A Medicina Contemporânea* o trabalho "Variedades Melancólicas"[5], muito importante para se perceber a evolução e sistematização da psicopatologia. Assim entre as formas que pode apresentar a melancolia como delírio generalizado estão a lipemania ansiosa e a lipemania estúpida[6], a primeira com agitação

---

[1] Idem, Ibidem, p.14. Neste trabalho acaba por recolocar a questão organogénese/psicogénese, isto é, estados fisiológicos extremos ou derivados de patologia orgânica ou tóxica serem facilitadores de reacções agudas dissociativas.

[2] Idem, Ibidem, p.15.

[3] Idem, Ibidem, p.16.

[4] De notar que cite três trabalhos de Philippe Chaslin, um destacado psicopatologista, nos seus trabalhos sobre a confusão mental de 1915 e 1920 e o seu principal livro. Ver CHASLIN, P. – Elements de Semiologie et Clinique Mentales. Paris: Asselin et Houzeau, 1912. A obra foi reeditada em 1999 nas Éditions Privat, com prefácio de Georges Lantéri-Laura. Sobre Philippe Chaslin e a sua obra ver BERRIOS, G. E., FUENTENEBRO, F. – "Philippe Chaslin and descriptive psychopathology". History of Psychiatry. Vol.VI (1995), pp. 395-405.

[5] MATTOS, Júlio de – "Variedades melancolicas". A Medicina Contemporanea. nº 5 (1884), pp.33-35; nº 8, pp.60-61; nº 9, pp.67-68.

[6] Idem, Ibidem, pp.33. Eram as duas formas mais frequentes. O termo lipemania foi utilizado por Esquirol para designar uma doença do cérebro caracterizada por delírios crónicos e fixados em tópicos específicos, ausência de febre, e tristeza geralmente generalizada e debilitante. O termo entrou em desuso e Berrios considera que apenas serviu para catalisar a transição entre a antiga noção de melancolia como perturbação primária do intelecto e a nova noção (perturbação primária do afecto). Ver BERRIOS, G. E. – The History of Mental Symptoms. Cambrige University Press, 1996. pp. 303-304. Ver também ESQUIROL, E. – De la lypémanie ou mélancolie. Toulouse: Privat, 1976. (original de 1820).

contínua, ao contrário da maior parte das formas melancólicas e a segunda com mutismo, imobilidade e abatimento, mas com duas apresentações: passiva, com obnubilação completa das funções psíquicas e activa, se apesar da imobilidade existia um delírio intenso com alucinações constantes de natureza deprimente. Aborda depois a lipemania consciente, onde não há delírio intelectual e que era rara nos hospitais, a lipemania perplexa, onde há enfraquecimento profundo da vontade, com exercício regular das faculdades de inteligência, e a lipemania deprimente ou hipocondríaca, onde existem ideias delirantes de ruína, de perdição, de crimes imaginários, deixando quase de falar. Esta sistematização deve muito a Benjamin Ball. O *Manual das Doenças Mentais*[1], publicado no mesmo ano mantém naturalmente a mesma divisão e a melancolia aparece como um delírio generalizado ou parcial de natureza depressiva, com um período de invasão e depois um período de estado em que aparece o delírio intelectual. Apresenta depois os vários tipos e a hereditariedade como principal causa predisponente. Fala de hereditariedade atávica, possível em melancólicos com pais isentos, mas cujos avós foram alienados[2] e reconhece também a importância da influência do meio, nomeadamente em comoções, desilusões afectivas, revezes da fortuna. Na fase de estado com delírio intelectual torna-se necessário o internamento, referindo igualmente a necessidade de vigilância dadas as ideias de suicídio que são frequentes. Para a mania, utiliza a definição de Ball "delírio generalizado com viva sobreexcitação da inteligência e tumultuosa necessidade de movimento"[3], também com um período de invasão e um período de estado e distinguindo uma variedade de delírio sensorial e a mania erótica. Na primeira, em que predominam as alucinações, habitualmente raras na mania e a segunda onde o componente erótico se torna proeminente. A loucura circular, ou psicose cíclica ou loucura de dupla forma ou delírio de formas alternas, é também descrita com um período depressivo e um período expansivo, descrevendo também várias formas de transição, com ou sem fase lúcida. Considera a loucura circular essencialmente uma doença crónica, com diferentes modos de terminação: cura, demência, morte e transformação em outra espécie de loucura, que seria o mais frequente, transformando-se então em melancolia ou em mania. Quanto à etiologia considera que a loucura circular é essencialmente hereditária tal como defendido por Krafft-Ebing. Depois dos delírios generalizados considera os delírios parciais, colocando em

---

[1] MATTOS, Júlio de – Manual das Doenças Mentaes. Porto: Livraria Central, 1884.
[2] MATTOS, Júlio de, Ibidem, p. 104.
[3] Ver BALL, B. – Leçons sur Les Maladies Mentales. Paris: Asselin et Houzeau, 1890. (1ª ed. 1880). No seu Manual, Júlio de Matos utiliza o livro de Ball e a sua classificação que considerava a mais completa.

primeiro lugar o delírio de perseguições, que Laségue teria isolado em 1852[1], que considera como delírio parcial de natureza depressiva. Havia um período de invasão e um período de sistematização com alucinações auditivas, as mais frequentes, e complicava-se com frequência com ideias ambiciosas e esta coexistência tornava-se funesta ao doente e à segurança pública, implicando uma extrema gravidade do prognóstico.

Nos *Elementos de Psiquiatria*, em 1911, no capítulo das psicoses afectivas, Júlio de Matos aborda de novo a melancolia e a mania. É interessante que as considere o grupo de transição entre as psicoses constitucionais e as acidentais, por serem produto da convergência de causas endógenas e exógenas, sendo muito variável essa proporção, podendo as causas exógenas serem importantes ou pelo contrário haver forte predisposição hereditária.

A melancolia (lipemania de Esquirol, fase da psicose maníaco-depressiva de Kraepelin)[2] é definida como uma psicose que se caracteriza por um prolongado sentimento doloroso de impotência física e mental, umas vezes resignado ou inquieto (simples), outras vezes angustioso e agitado (melancolia ansiosa). Existia sempre afrouxamento dos processos ideomotores, que podiam levar à forma atónita ou estuporosa, alteração depressiva da cenestesia, da sensibilidade especial e dos sentimentos e por vezes estreitamento da vida de relação. Frequentes, mas não constantes, os delírios, o estupor, a ansiedade, as alucinações na variedade delirante, e os impulsos.

Na etiologia, além da hereditariedade, menciona as causas endógenas, exógenas, físicas e morais: doenças infeciosas, intoxicações, miséria, excessos de trabalho físico e mental, hemorragias, onanismo, emoções súbitas e violentas ou desgostos muito repetidos. Seria mais frequente nas mulheres, nas profissões liberais e nos adultos entre 30 e 50 anos. Divide os sintomas em constantes e episódicos. Os constantes podem ser físicos ou somáticos e psíquicos ou mentais. Os sintomas físicos datam do período inicial e confundem-se com os da neurastenia adquirida de Beard, com as perturbações do sono, a cefaleia, perturbações gastro-intestinais, respiratórias e circulatórias, da inervação vasomotora, e alterações das secreções, sangue, temperatura, menstruação, funções genitais, força muscular, sensibilidade, voz. A fisionomia e as atitudes mostram sempre o sentimento penoso de impotência, de fadiga dolorosa e a lentificação, as expressões faciais, o desalento, a falta de energia e confiança, "o

---

[1] Ver LASÈGUE, C. – "Du Delire de Pérsecutions". In Ecrits Psychiatriques. Toulouse: Privat, 1971. pp. 29-47. Júlio de Matos considerava fundamental a distinção entre o delirio de perseguições e a melancolia. Ver MATTOS, Júlio de – "Um caso de delírio de perseguições". Coimbra Medica, nº 21 (1881), pp.323-334.

[2] Os subtítulos são de Matos, que já incluíu a psicose maníaco-depressiva, mantendo a sua reserva à extensão da demência precoce de Kraepelin. MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmão, 1911.

mal de viver"[1]. Quanto aos sintomas psíquicos as alterações perceptivas, ideomotoras e afetivas conduzem ao estreitamento da sua vida social. As alterações cinestésicas são capitais, e também uma falta de relevo das sensações exteriores como nos neurasténicos. Como o corpo, o mundo parece diferente, a natureza uma cenografia, as pessoas marionetes, tudo parece obedecer a um frio mecanismo, falta espontaneidade e vida a tudo o que os cerca, ficando o mundo estranho, insólito e diferente[2]. Este sintoma, juntamente com a alteração depressiva da cenestesia, conduzem ao síndrome da anestesia psíquica dolorosa. Também apresentam alterações da atenção e da memória, da associação de ideias e depressão da vontade, perdendo a iniciativa, com falta de confiança e hesitações constantes. A abulia pode chegar à imobilidade completa e ao mutismo e a anestesia psíquica dolorosa faz com que o melancólico sinta que perdeu todos os afectos profundos que o ligavam à vida.

Quanto aos sintomas episódicos, eles são secundários e correspondem no período de estado às variedades da melancolia. Um é o estupor, completa suspensão de toda a manifestação exterior de actividade, a ansiedade e o delírio revestindo os conteúdos de humildade, incapacidade, ruína, de crime e pecado, perseguição, condenação, hipocondria, de negação, de imortalidade, citando Jules Séglas[3].

O delírio é sempre secundário, surge a seguir aos sintomas constantes, de que constitui uma tentativa de explicação. Característicamente, é um delírio penoso, monótono e fixo, humilde, resignado e passivo, centrífugo ou divergente, ao contrário da paranoia. É ainda expectante e por vezes retrospectivo. As alucinações e ilusões são episódicas e os impulsos suicidas, de automutilação ou homicidas, só surgindo nas formas ansiosas e delirantes e são pouco frequentes. O suicídio e o homicídio melancólico têm as mesmas motivações: subtrair os entes queridos à miséria, às perseguições, para evitar desonras ou castigos. A sitofobia (recusa de alimentos) seria dos sintomas episódicos, um dos mais frequentes.

Das variedades da melancolia, enumera a melancolia simples ou depressão melancólica, rara nos manicómios, com presença apenas dos sintomas constantes, e de difícil destrinça do neurasténico. Na melancolia delirante, os delírios mais importantes são os de negação e de enormidade, formando o síndrome de Cotard, mas o delírio de enormidade podia encontrar-se

[1] O médico José de Lacerda publicara um livro sobre "o mal de viver", tema glosado nos círculos literários e científicos. LACERDA, José de – Esboços de pathologia social e idéas sobre pedagogia geral. Lisboa: Livraria de José A. Rodrigues, 1901. De notar o distanciamento crítico do autor face ao positivismo. Ver pp. 103-124.

[2] Todos os livros clássicos sobre a melancolia descrevem esta alteração nas "relações do eu com o mundo". Ver STAROBINSKI, J. – Histoire du traitement de la mélancolie des origines à 1900. Basle: Acta psychosomatica, Documenta Geigy, 1960.

[3] Ver "Le délire dans la mélancolie". In SÉGLAS, J. – Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Salpêtrière 1887-1894). Paris: Asselin et Houzeau, 1895. pp. 296-320.

na melancolia sem o de negação, como exagero do delírio de culpabilidade, como num caso publicado por Magalhães Lemos, que refere. Há ainda a melancolia ansiosa com grande intensidade dolorosa e a forma atónita, estuporosa, por isso no passado designada melancolia estúpida[1].

Mas é Magalhães Lemos que publica um estudo de caso[2], sobre melancolia que surpreende pela tentativa de penetração psicológica, apesar das limitações do associacionismo e fisiologismo que professa. Tratava-se de uma doente com melancolia ansiosa, que parecia evoluir para o síndrome de Cotard, com queixas de não poder representar em mente as coisas nas suas formas e nas suas cores numa mudança atroz que lhe transformava o mundo, que Barahona Fernandes[3] analisa como despersonalização, e que faz a doente exclamar "está tudo seco… está tudo mudado…tiraram-me o cérebro e os seios, cortaram-me aos bocados"[4], denotando a transformação da vivência do mundo e do corpo. Barahona comenta que o autor não refere ao Eu central, a mudança global dos fundamentos da vivência[5] e reporta-os perifericamente admitindo a existência de uma perturbação especial da faculdade de evocar as imagens visuais, embora elas estivessem conservadas, estabelecendo comparação com um caso descrito por Charcot[6], em que as imagens estavam destruídas. Lemos conclui que "a ideia da imagem visual estava bem presente,no seu espírito. O que faltava era a associação entre estes dois elementos, um psíquico e outro sensorial; em virtude de uma alteração da evocação, o primeiro não chegava a evocar o segundo"[7], o que Barahona considera exemplo típico da "psicopatologia mecanicista, baseada na aliança da neuroanatomia com a psicologia associacionista"[8]. Curiosamente anota que os sintomas desapareceram com a remissão da melancolia, acompanhados na sua evolução pela ansiedade como a sua sombra.

---

1 MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmão, 1911. pp.378-379.

2 LEMOS, A. Magalhães – "Perte de la vision mentale des objets (formes et couleurs) dans la mélancolie anxieuse". Porto: Imprensa Portugueza, 1906.

3 FERNANDES, H. Barahona – "Prof. Magalhães Lemos". Anais Portugueses de Psiquiatria. Vol. VII, n º7 (1955), p. 30.

4 LEMOS, A. Magalhães – "Perte de la vision mentale des objets (formes et couleurs) dans la mélancolie anxieuse". Porto: Imprensa Portugueza, 1906. p.14.

5 FERNANDES, H. Barahona, Ibidem, p.30.

6 Charcot e Cotard são os autores de referência do trabalho até pela descrição prévia de casos semelhantes que publicaram.

7 LEMOS, A. Magalhães – "Perte de la vision mentale des objets (formes et couleurs) dans la mélancolie anxieuse". Porto: Imprensa Portugueza, 1906. p. 34.

8 FERNANDES, H. Barahona, – "Relações da neurologia com a psiquiatria na obra de Magalhães Lemos". Portugal Médico. Vol. XL, nº 1 (1956), p.9.

A necessidade de explicação anátomo-fisiológica leva Lemos a escrever "a ansiedade, fenómeno cortical, é uma modalidade da dor moral, elemento essencial da melancolia"[1]. E também, pode acompanhar-se de angústia, que é "um fenómeno bulbar, e para que isso aconteça, é preciso que um reflexo partindo do córtex desça até à região do nó vital"[2]. O autor vai depois seguir de perto Jules Séglas [3] para explicar o seu caso clínico, mostrando que não se trata de amnésia para as imagens visuais, mas é a "faculdade de as evocar que está perturbada, o poder de as assimilar ao conjunto de factos psicológicos que constitui a consciência pessoal; um defeito de síntese, duma assimilação psicológica das imagens"[4]. O autor conclui dizendo que no seu caso há um fenómeno psíquico e no caso de Charcot um fenómeno sensorial, pois existe um apagamento das próprias imagens e não apenas da faculdade de as evocar. A divisão patogénica natural que Lemos tenta basear na fisiologia cerebral e na clínica, estabelece duas variedades clínicas diferentes, uma que conserva integralmente as imagens, outra em que elas se encontram destruídas, devendo relevar de uma localização diferente, pois "a lesão só tem valor pela sua localização"[5].

Num segundo caso[6], trata-se de um doente com uma melancolia de evolução crónica progressiva que "a partir das suas concepções de culpabilidade chega por uma espécie de dedução lógica às ideias delirantes de imortalidade, de enormidade e de grandeza, sem ter necessidade de passar, como no síndrome de Cotard, pelo delírio de negações"[7]. Inicialmente apresentava uma melancolia simples (com consciência), surgem depois ideias delirantes de culpabilidade e de ruína, passando a considerar-se culpado de todos os males do mundo. Lemos nota que não existem alucinações auditivas, separando logo a situação do delírio crónico de evolução sistemática e progressiva de Magnan, onde existem de forma prolongada tais perturbações. Vai-se estabelecendo uma evolução que chega à ideia de imortalidade, primeiro de forma vaga, confusa e hesitante mas depois mais precisa e complicada, espiritualizando-se, considerando o autor que se trata mais de uma elaboração da vida psíquica inconsciente, que seria "mais estendida e importante que a da vida consciente"[8]. Não há alterações da sensibilidade visceral, nem ideias hipocondríacas de negação de onde muitas

---

[1] LEMOS, A. Magalhães, Ibidem, p. 26.
[2] LEMOS, A. Magalhães, Ibidem, p. 26.
[3] SÉGLAS, J. – Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Paris: Asselin et Houzeau, 1995. p. 471; p. 667.
[4] LEMOS, A. Magalhães, Ibidem, pp. 39-40.
[5] LEMOS, A. Magalhães, Ibidem, p. 41.
[6] LEMOS, A. Magalhães, – "Évolution des idées délirantes dans quelques cas de mélancolie chronique à forme anxieuse". Porto: Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1903.
[7] Idem, Ibidem, p. 51.
[8] Idem, Ibidem, p. 24.

vezes nasce a ideia de imortalidade, nascendo sim de uma espécie de "acordo entre a antiga ideia de culpabilidade e uma estranha concepção espiritualista"[1] de que se vai observando o desenvolvimento.

A doença vai progredindo sempre e ele interpreta as suas relações com a natureza de tal maneira que o delírio toma um colorido panteísta, mas ao contrário do que se observa na megalomania, as concepções mórbidas apresentam sempre um mesmo carácter de horror e de desgosto, citando Séglas.

O delírio de grandeza surge associado à humildade melancólica e à dor moral, colocando-se de joelhos para falar ao médico "tendes o universo ajoelhado a vossos pés"[2]. Lemos realça este facto, à primeira vista contraditório, mas que mostra até que ponto o delírio de grandeza pode estar associado à humildade melancólica. O doente vai mantendo os seus pensamentos típicos de profunda melancolia afirmando que à sua volta apenas encontra comédia, disfarce, máscaras, dissimulação e falsidade, afirmando que as únicas coisas verdadeiras são "a dor que semeio por toda a parte e a punição horrível que me espera"[3].

Sobrevém após a ocorrência de perturbações digestivas, um período com ideias hipocondríacas que ainda não tivera, passando a dizer que está podre, empesta tudo, que está morto[4], e Lemos considera que estas ideias apareceram na consciência como uma interpretação daquele estado físico alterado, confirmando a patogenia clássica dessas ideias delirantes na melancolia. Significativamente, o delírio hipocondríaco quase desapareceu com as perturbações digestivas que o haviam produzido, voltando ao seu estado anterior.

Passa depois a efectuar uma revisão de conjunto do caso em questão, anotando a normalidade das sensações internas e externas, a ausência de alucinações sensoriais, a memória excelente, a visão mental plenamente mantida, estando pois mantida a faculdade de compreender, mas havendo pelo contrário perturbações na maneira de sentir. A ausência de sentido crítico é por outro lado constatada diariamente, sendo incapaz de corrigir as suas concepções mórbidas, anotando Lemos que, tal como nos paranoicos perseguidos, existe uma memória notável e uma viva imaginação, ao lado de manifestações mais complexas do cérebro que dizem respeito ao juízo, ao raciocínio e à lógica. O desenvolvimento deste caso clínico de síndrome de Cotard vai permitir uma exposição final em que o autor procura estudar a génese e a

[1] Idem, Ibidem, p. 25.
[2] Idem, Ibidem, p. 33.
[3] Idem, Ibidem, p. 40.
[4] Idem, Ibidem, p. 41.

evolução do delírio, e que é um notável trabalho psicopatológico, talvez o mais importante de Magalhães Lemos.

Contrariamente à regra, não encontra uma hereditariedade nervosa carregada, apenas muitos tuberculosos na família. Começa por considerar que este delírio sistematizado, que em geral surge depois de vários acessos melancólicos, na meia-idade, e em indivíduos cujo carácter triste e escrupuloso contém já o embrião da doença, pode aparecer no decurso do primeiro acesso melancólico, como mostrado por Cotard e Séglas. A sua história patológica terá nascido duma contrariedade amorosa que o perturbou emocionalmente.[1] Os elementos intelectual e emotivo agravam-se e meses depois surge uma ideia obsessiva, acompanhada de grande ansiedade e depois insónia, cefaleia e abulia. O estado mórbido criado que inicialmente poderia parecer uma neurastenia, redefine-se no sentido da melancolia simples, para depois se modificar pelo aparecimento de ideias de culpabilidade e de ruina. Estas ideias delirantes, consideradas por Lemos secundárias à dor moral e sua explicação, estão de acordo com a génese clássica do delírio melancólico para Séglas, e antes dele Griesinger. Concordando com Séglas, Lemos enfatiza que as deduções do doente não são resultado dum raciocinar plenamente consciente, mas pelo menos em parte, produto do "automatismo psíquico inconsciente"[2].

Passou assim da melancolia simples à delirante e à melancolia ambiciosa, sendo a ideia de culpabilidade que se estende a tudo, que o conduz à ideia de imortalidade e de eternidade, única forma de ser castigado e de sofrer sem fim, culpado que era de toda a infelicidade que veio ao mundo mesmo antes do seu nascimento. Lemos fala da "necessidade suprema da lei da causalidade"[3], com a associação latente do cérebro, as ideias de imortalidade, de eternidade e todo o delírio seguinte, por ele aceite sem controlo e sem crítica. As ideias de enormidade e de grandeza nasceram também deste fundo melancólico e todas estas falsas concepções formam um conjunto consistente e lógico, um sistema delirante, que ele aproxima das formas de delírio sistemático que surgiam no período crónico das psiconevroses, para os alemães paranoia secundária. Portanto, a melancolia podia prolongar-se de forma sistemática, podendo

[1] FERNANDES, H., Barahona – "Prof. Magalhães Lemos". O Medico. Lisboa. Vol IV, nova série, nº 232 (1956). Barahona Fernandes comenta que embora Lemos não valorize a psicogénese dos conteúdos delirantes, menciona na história a contrariedade amorosa e a culpabilidade associada.

[2] LEMOS, A. Magalhães, Ibidem, p. 47. Barahona Fernandes classifica de ousada esta nota tendo em conta a sua filiação psicopatológica. Ver FERNANDES, H. Barahona – "Prof. Magalhães Lemos". Anais Portugueses de Psiquiatria. Vol. VII, n º 7 (1955), p. 32.

[3] LEMOS, A. Magalhães, – "Évolution des idées délirantes dans quelques cas de mélancolie chronique à forme anxieuse". Porto: Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1903. p. 49.

surgir uma forma especial de paranoia secundária com as ideias de imortalidade, de eternidade, de enormidade, de negação e de grandeza, designada como síndrome de Cotard[1].

No entanto, o processo psicológico para ele não é sempre o mesmo: pode a ideia de imortalidade ligar-se ao delírio hipocondríaco e de negações, que se observa mais frequentemente, como mostrou Cotard e Séglas, ou podem, partindo da concepção de culpabilidade chegar às ideias delirantes já referidas, sem passar pelo delírio de negações como neste caso, concluindo que pode falar-se de uma das variedades do síndrome de Cotard, a estudar e a classificar segundo o caminho traçado por Jules Séglas[2]. Acrescenta que no seu caso, o delírio de grandeza guardou a marca da origem melancólica, não tendo o paciente deixado de ser humilde e em sofrimento, o que parecia inicialmente contraditório. Termina escrevendo que o delírio sistematizado dos melancólicos pode oferecer "uma tinta espiritualista de nuance panteísta, muito curiosa do ponto de vista da regressão atávica"[3].

Estes dois trabalhos mostram como Magalhães Lemos estava a par da psicopatologia especialmente francesa (Jules Séglas[4], nomeadamente) e atente-se a profundidade da sua observação, mostrando que a sua obra não pode ser considerada meramente neurológica mas obra de um professor de neurologia e psiquiatria.

Júlio de Matos nos *Elementos de Psiquiatria*[5] ao tratar a mania (fase da psicose maníaco-depressiva de Kraepelin) define-a como psicose caracterizada por um prolongado sentimento expansivo de força física e moral, podendo ir desde a satisfação ou euforia - excitação maníaca- até à máxima exaltação cerebral- mania típica. Com este sintoma de ordem afectiva, Matos acrescenta, além de perturbações somáticas, uma aceleração dos processos ideomotores que podem levar à incoerência e impulsividade destrutiva na mania grave, alteração expansiva da cenestesia, da sensibilidade especial e dos sentimentos e um alargamento da vida de relação. Frequentes, mas não constantes, os delírios, erros sensoriais e o furor. Dos sintomas físicos anota as perturbações do sono que são marcadas, as digestivas com a voracidade no período de estado, e das funções circulatórias, respiratórias, secretórias, menstruais. Constata um exagero das funções genitais, a ausência de fadiga, a versatilidade da atenção, com

---

[1] Ver COTARD, J. – "Del delírio de negación" (1882). In Delirios Melancólicos: Negación y Enormidad. Madrid: Alienistas del Pisuerga, 2008. pp. 11-37.

[2] Ver SÉGLAS, J. – Le Délire des Négations. Séméiologie et Diagnostic. Paris: G. Masson, 1897. Atente-se que na bibliografia do livro está a dissertação inaugural de João Barreira. Ver BARREIRA, J. – O Delirio de Negações. Porto: Typographia Occidental, 1892.

[3] LEMOS, A. Magalhães, Ibidem, p.52.

[4] A obra de Jules Séglas tem sido revalorizada, nomeadamente por Paul Bercherie e German Berrios. Ver BERCHERIE, P. – Les Fondements de la Clinique. Paris: Navarin, 1980. BERRIOS, G. E. – The History of Mental Symptoms. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

[5] MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmão, 1911.

apresentação e atitudes de grande contraste com a melancolia. Quanto aos sintomas psíquicos são muito bem descritas a atenção difusa, a exaltação da memória, a associação de ideias acelerada e fácil, que pode ir até à fuga, a exaltação da actividade psicomotora, em constante deslocamento e "expansão da vida social"[1]. Nos sintomas episódicos, Matos afirma a grande frequência das ilusões, mas quanto às alucinações admite muitas dúvidas quanto à sua existência. Quanto aos delírios, variáveis, são mais frequentes o ambicioso, o erótico, mas o persecutório raro. Caracteristicamente são difusos, não sistematizados, variáveis e transitórios. Aborda depois as variedades hipomania[2] ou mania benigna, a mania típica e a mania com furor ou mania grave. Os hipomaníacos observam-se pouco nos manicómios, a sua excitação é compatível com a vida comum, não diferindo sensivelmente de um homem alegre e em verve, vendo tudo cor-de-rosa, traduzido numa fisionomia animada. Anota a hipermnésia e o acelerado curso das ideias, a loquacidade, escrita incontinente, gesticulação, atitudes e movimentos exuberantes, expansivos com vida social alargada. Na mania típica[3], já surge incoerência e fuga de ideias, exagero dos sintomas anteriores, agitação, presença de erros sensoriais e delírios variáveis e dissociados, e falsos reconhecimentos. Na mania grave[4] existe irritabilidade que pode ir até à cólera ou ao furor. Não havendo cura podia tornar-se crónica, que tenderia para a demência ou conduzindo a delírios sistematizados secundários. Na patogenia considera que o sentimento de euforia, nota afetiva característica, seria um fenómeno secundário, procedente de uma exaltação cenestésica, tal como a cólera. Quanto ao diagnóstico, a mania podia também ser um síndrome, um estado transitório ou fase de outra figura nosológica. Por exemplo, acesso de loucura periódica, síndrome da demência paralítica, estado reactivo da paranoia e da confusão alucinatória. As dificuldades diagnósticas são marcadas na distinção entre mania-doença e mania-acesso, tal como entre a melancolia-doença e a melancolia-síndrome, sendo preciso recorrer à anamnese e à evolução.

Ao publicar em 1924 "Classificação e sistemática geral das psicoses"[5], Sobral Cid afirma que a psicose maníaco-depressiva que deveria melhor ser designada maníaco-melancólica, é a segunda família natural das psicoses, tal como Kraepelin a individualizou na 6ª edição do seu

---

[1] MATTOS, Júlio de, Ibidem, p. 392.
[2] Idem, Ibidem, pp. 394-397.
[3] Idem, Ibidem, pp. 397-399.
[4] Idem, Ibidem, pp. 399-400.
[5] CID, José de Matos Sobral – "Classificação e Sistemática Geral das Psicoses". Lisboa Médica. nº 4 (1924), pp. 209-223; nº 5 (1924), pp. 295-309.

Tratado[1] de 1899. Recorda que os grandes clínicos franceses desde meados do século XIX já tinham descrito muito bem a loucura circular e de formas alternas com a sucessão de ciclos maníaco-depressivos com ou sem intervalos lúcidos, mas que os quadros maníacos e melancólicos eram descritos em separado ou até repartidos por diferentes categorias nosológicas como Krafft-Ebing que os repartia pelas psiconeuroses e pelas degenerescências psíquicas. Cid considera pois que não existia razão para não reunir numa mesma família a mania e a melancolia simples, a loucura intermitente, maníaca, melancólica, alterna, de dupla forma e circular- a psicose maníaco-depressiva[2]. A sintomatologia caracteriza-se por oscilações reversíveis da tonalidade afectiva, no sentido da exaltação ou da depressão, acompanhadas por alterações paralelas e sintónicas da psicomotricidade e do tempo dos processos psíquicos. O processo biológico em que assenta a psicose caracterizava-se pela sua reversibilidade e capacidade de restituição ad integrum. Se em termos classificativos gerais as distinções pareciam clarificadas, a publicação de um trabalho de Alberto Brochado[3] exemplifica como a abordagem da melancolia começava a ser feita em termos psicológicos e não meramente sintomatológicos. Brochado começa por distinguir a consciência directa da duração vivida, o tempo concreto, da apreciação secundária dessa duração, o tempo conceptual[4]. Os psiquiatras tradicionalmente apenas se ocupavam com os erros de apreciação do tempo conceptual, a desorientação no tempo, corolário das perturbações intelectuais por demência, confusão ou desatenção. Mas nos últimos anos, o autor nota terem surgido trabalhos sobre alterações do sentimento da duração psicológica, de Bechterew, Rosenberg, Vinchon, Halberstadt e Roger Bouchard. Mas chama em especial a atenção para o trabalho sobre a esquizofrenia[5] de Minkowski, que faz derivar o autismo, a perturbação fundamental da psicose, duma alteração da apreciação do tempo. Pretende assim opôr a sintomatologia dos dementes verdadeiros à dos esquizofrénicos, pois que o défice primordial destes consiste numa perturbação do instinto, naqueles seria a inteligência que estaria basicamente atingida. Numa curiosa nota de rodapé, Brochado lembra a propósito do instinto, que, no dizer de Bergson, este seria moldado sobre a própria forma da vida, sendo a inteligência, pelo contrário, caracterizada por uma incompreensão natural desta. O caso clínico que depois

[1] Ver KRAEPELIN, E. – Leçons cliniques sur la démence precoce et la psychose maníaco-dépressive. Toulouse: Privat, 1970. (Textes choisis et présentés par Jacques Postel).
[2] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, p. 307.
[3] BROCHADO, Alberto - "Perturbações da apreciação do tempo num caso de melancolia". Portugal Médico. Porto. nº9 (1929). Separata.
[4]Idem, Ibidem, p. 3.
[5] MINKOWSKI, E. – La schizophrénie. Paris: Payot, 1927.

descreve é de um homem que apresentava uma marcada e errónea apreciação do tempo, conservando intactas as faculdades com compreensão correcta da mensuração do tempo, mas os resultados não se conjugavam com a tonalidade da consciência do tempo subjectivo. Recorrendo agora a Karl Jaspers na tradução francesa de 1927 da *Psicopatologia Geral*[1], considera necessário distinguir, no tempo vivido, a consciência da progressão actual do tempo, da avaliação do tempo passado.

Para tentar interpretar o mecanismo psicológico do sintoma, Brochado considera que a apreciação errónea da progressão do tempo deve provir duma "perturbação primária de ordem afectiva"[2]. Mas, tal como acontece com outros sintomas parece-lhe dever incriminar-se como factor secundário a atitude mental, que a fixaria e tornaria estável, convertendo em verdadeira ideia delirante, aquela alteração inicial da percepção do tempo concreto.

Neste trabalho Brochado aproxima-se de uma visão que procura chegar à inteligência psicológica do doente, como escrevera Sobral Cid no início do seu trabalho sobre classificação e sistemática geral das psicoses. O recurso a Jaspers e a Minkowski parece indicar que talvez esteja mais próximo duma abordagem fenomenológica, de que Sobral Cid permaneceria mais afastado.

4.4. DEMÊNCIA PRECOCE

Foi a designação dada por Morel para descrever uma particular decadência mental, com características hereditárias, que surgia na puberdade, com fases de agitação e torpor, que coexistiam com alterações profundas dos sentimentos, manifestando-se exteriormente por actos estranhos e atitudes insólitas. É assim que Júlio de Matos[3] (1911) resume esta deterioração que às vezes se observava em irmãos. Refere também a descrição da hebefrenia por Hecker em 1871 e da catatonia por Kahlbaum em 1874, que Kraepelin[4] incorporou na demência precoce juntamente com os delírios paranoides ou delírios sistematizados, que retirou da paranoia, por achar que esta entidade mórbida era vaga, imprecisa e demasiado extensa. Matos critica Kraepelin por este ter alargado os limites da demência precoce na

[1] JASPERS, K. – Psychopathologie générale. Paris: Alcan, 1927.
[2] BROCHADO, Alberto, Ibidem, p.7.
[3] MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmão, 1911. pp. 485-516.
[4] KRAEPELIN, E. - Leçons Cliniques sur la Démence précoce et la psychose maníaco-dépressive. Textes choisis et présentés par Jacques Postel. Toulouse: Privat, 1970; KRAEPELIN, E. – Introduction à la Psychiatrie Clinique. Paris: Navarin, 1984; KRAEPELIN, E. – La psychose irreversible. (Traduit de l'edition allemande de 1899). Paris: Navarin, 1987.

medida em que estreitou os da paranoia. Ele não contestava que um certo número de delírios persecutórios, hipocondríacos, ambiciosos, místicos, eróticos e outros devessem ser destacados da paranoia e chamados para a esfera da demência paranoide, mas acha que não se deve reservar essa sorte a todos os delírios que se acompanham de alucinações frequentes. Matos pensa, como Séglas[1], que da paranoia se devem apenas destacar para a demência paranoide os que surgem sem preparação, que se apoiam sobre estados alucinatórios iniciais, sendo a sistematização apenas aparente com marcada decadência psíquica. O que não pode aceitar é a inclusão de todos os delirantes sistematizados que têm alucinações habituais, sob o pretexto de que cedo ou tarde acabam na demência, ficando uma confusa amálgama de tipos mórbidos inconciliáveis. Conclui dizendo que reconhece à demência precoce uma variedade hebefrénica, uma variedade catatónica e uma variedade paranoide, mas muito menos extensa que a de Kraepelin, pois nela não entram senão os delírios desconexos e com fraca sistematização. Etiologicamente, tratava-se de uma psicose constitucional, sendo a causa predisponente mais importante a hereditariedade (neuropática, psicopática e toxi-infecciosa)[2] e como causas ocasionais os traumatismos físicos e morais, sobrecarga escolar, o onanismo e intoxicações várias. No capítulo da sintomatologia, enuncia as amplas alterações psicopatológicas, desde a anestesia afectiva, a descontinuidade sistemática entre o pensamento e a ação, o negativismo, a catatonia, as estereotipias, os maneirismos, a impulsividade com actos como as automutilações, as fugas, o choro, o riso, as alterações da linguagem[3]. As alucinações, muito frequentes na demência precoce (e raras na paranoia), assim como os delírios, tinham um vasto papel na doença. A incurabilidade é o caso mais frequente, e quando há cura ela é sempre incompleta, permanecendo um défice inextinguível. Quanto à natureza e patogenia, Matos aceita com Tanzi a doença como o efeito de uma degenerescência sistemática e parcial do córtex, apoiando-se na anatomia patológica, que revelava microscopicamente lesões importantes do córtex[4].

Esta deterioração está bem expressa na edição de 1899, que é considerada hoje a versão clássica do Tratado de Kraepelin. Em edições posteriores o autor reduziu um pouco os limites da demência precoce, excluindo dos seus domínios as formas espúrias da paranoia, formando com elas um outro grupo, as parafrenias[5]. A demência precoce e a esquizofrenia não são

[1] SÉGLAS, J. – "La Démence Paranoide". In: Les édifices du délire. Paris: Navarin, 1987. pp. 115-126.
[2] MATTOS, Júlio de, Ibidem, p.492.
[3] Idem, Ibidem, pp. 493-501.
[4] Idem, Ibidem, p. 509. Seria pois para ele mais uma doença que uma anomalia, de causa endógena, e portanto, sempre constitucional.
[5] KRAEPELIN, E. – Les paraphrenies. Analytica 19. Paris: Navarin, 1980. pp. 23-65. (Edição original 1913).

apenas dois termos diferentes para uma mesma condição clínica, como pretende uma visão continuísta, mas evolução para outra concepção mais psicopatológica e que acusa a influência crescente de uma psiquiatria psicodinâmica.

Sobral Cid com "A Vida Psíquica dos Esquizofrénicos" [1] leva a cabo uma profunda exposição sobre a concepção psicológica da esquizofrenia, aderindo às ideias de Eugen Bleuler e da sua escola, marcada pelas novas ideias psicodinâmicas. Ele resume no final do trabalho que "o que caracteriza o processo psicológico da esquizofrenia é a dissociação da personalidade em complexos autónomos, centrados nas tendências instintivas primarias infantis, que a evolução psico-ontogénica não logrou socializar"[2]. Homenageia a moderna concepção, que resulta dos trabalhos de Bleuler e da escola de Zurique que hoje teriam o "consenso quase universal dos alienistas de todos os países, inspirada nos postulados de Freud na sua aplicação à teoria das psicoses, nas investigações heredobiológicas de Kahn e Rudin, e nos ensaios caracterológicos de Kretschmer"[3]. A revisão de Sobral Cid sobre a demência precoce acaba por estar contida no grande trabalho "Classificação e Sistemática Geral das Psicoses"[4] onde considera que cabe a Kraepelin a glória de ter "atribuído à evolução das psicoses o valor de um carácter dominante em face dos elementos etiológicos ou puramente sintomáticos, e o de haver aplicado sistematicamente este critério à sua delimitação em grupos naturais"[5]. Os seus estudos de seguimento, que prosseguiu por longos anos, permitiram-lhe isolar do caos dos quadros clínicos das psicoses endógenas duas famílias naturais de psicoses, a psicose maníaco-depressiva e a demência precoce, que Sobral Cid considera, de acordo com Bleuler, "o mais considerável progresso que até hoje se tem realizado na psiquiatria sistemática"[6]. Acrescenta que o termo é pouco feliz dado não se tratar de uma verdadeira demência e de muitas vezes não ser precoce.

---

[1] CID, José de Matos Sobral – "A vida psíquica dos esquizofrénicos". Obras I. Psicopatologia clínica e psicopatologia forense. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1983. pp. 103-161. (Edição original 1924).

[2] Idem, Ibidem, pp. 159-160.

[3] Idem, Ibidem, p.161. Não deixa de causar certa surpresa que Sobral Cid neste trabalho faça uma referencia à psicastenia de Janet dizendo que esses estados patológicos não merecem foros de psicose autónoma, pois mais não seriam do que "uma variedade da grande família esquizofrénica ou uma forma especial da constituição esquizotímica". É possível que Sobral Cid revele aqui a profunda influência de Bleuler, aliás evidente no trabalho, porque Bleuler referiu que certos psicasténicos descritos por Janet e apresentando marcada e prolongada abulia, seriam provavelmente hebefrénicos. Curiosamente também Kretschmer, outro autor de referencia de Cid, ao descrever o temperamento sensitivo o aproxima da psicastenia de Janet. Relembre-se que as obsessões, centrais na psicastenia, foram consideradas por diversos autores como formas de paranoia rudimentar, uma forma frustre do delírio de interpretação.

[4] CID, José de Matos Sobral – "Classificação e sistemática geral das psicoses". Lisboa: Lisboa Médica. (1924), pp. 209-223; pp. 295-309.

[5] Idem, Ibidem, pp. 296-297.

[6] Idem, Ibidem, p. 298.

É importante que Tanzi no seu tratado[1] mostre com clareza como a concepção de degenerescência psíquica era o pivô da classificação de Krafft-Ebing que entre 1880 e 1890 era a preferida das escolas alemã e italiana de psiquiatria, mas que a reconceptualização operada por Kraepelin sobre a catatonia, tal como a distinção entre delírios paranoicos e paranoides, e a reformulação da melancolia e da mania como diátese constitucional em que a hereditariedade não é excluída provocaram mudanças significativas. Acrescenta que a classificação de Kraepelin já ocupou o lugar de honra previamente ocupado por Krafft-Ebing, e a sua originalidade consiste na grande extensão concedida à demência precoce com as formas hebefrenia, catatonia e demência paranoide, no desaparecimento da demência secundaria e na redução da mania e da melancolia a simples fases da psicose maníaco-depressiva de maior ou menor natureza periódica. O esquema de Kraepelin, acrescenta Tanzi, tem o mérito de ser baseado em critérios gerais de ordem clínica, que remove a psiquiatria da sua anterior posição de isolamento, ficando mais próxima das restantes doenças somáticas, relacionada com causas e lesões. Referindo-se depois à classificação revista de 1899, e embora ainda lhe reconheça limitações, acrescenta que apresenta uma grande vantagem: ter consolidado o quadro da demência precoce[2]. A influência de Kraepelin é progressiva e uma dissertação inaugural apresentada à Faculdade de Medicina no Porto sobre o tema por António Casimiro Pereira de Carvalho[3], com orientação de Júlio de Matos e José de Magalhães, segue a versão de Matos da classificação de Tanzi, mas manifestando pleno acordo com as reservas de Matos à extensão da demência precoce de Kraepelin.

Que o tema foi sendo estudado por Sobral Cid fica implicitamente provado pela leitura da tese apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa por André de Brito Tavares[4] em 1914 que é reveladora, sendo que dificilmente uma dissertação inaugural que referencia tantas obras não tenha sido orientada por um autentico alienista.[5] O autor historia o conceito nomeadamente a partir de Morel, e depois cita Kahlbaum, Hecker, Krafft-Ebing e Schule[6], até á redefinição por

[1] TANZI, E. – A Textbook of Mental Diseases. London: The London Press Company, 1909. pp. 267-273.

[2] TANZI, E. – A Textbook of Mental Diseases. London: The London Press Company, 1909. pp. 267-273; pp. 630-668. Refira-se a importância da influência de Tanzi em Júlio de Matos e na evolução do seu pensamento.

[3] CARVALHO, António Casimiro Pereira de – A demência precoce (estudo clinico). Porto,1911. (Dactylog.)

[4] TAVARES, André de Brito – Da demência precoce. Diagnóstico diferencial com a neurasthenia. Lisboa: Impr. Libanio da Silva, 1914.

[5] O autor afirma que o assunto da tese se deveu a Sobral Cid, que entretanto ficara com a pasta da Instrução Pública, agradecendo pois os dados colhidos a António de Lacerda e a Pulido Valente.

[6] Embora não seja habitualmente referido H.Schüle mencionou no seu tratado, no capítulo sobre nevrose hereditária a existência na adolescência de hebefrenia e de uma "demência aguda precoce", facto há pouco tempo referido num trabalho. Ver SCHÜLE, H. – Traité Clinique des Maladies Mentales. Paris: Lecrosnier et Babé, 1888. p.432. Ver KRAAM, A.; PHILLIPS, P. – "Hebephrenia: a conceptual history". History of Psychiatry. Vol. 23, nº 92 (2012), pp. 387-403.

Kraepelin de 1899. Em seguida vai dividir os autores entre os que aceitam as ideias de Kraepelin, mencionando Tanzi, os que não aceitam e inclui Bombarda, e os que colocam algumas restrições, nomeando Júlio de Matos, Séglas e Régis.

Tavares escreve que Krafft-Ebing e Schule não admitiam a nova forma mórbida e enfileiravam-na ainda na degenerescência, e que Séglas, Matos, Roubinovitch, Sérieux e Masselon aceitavam as ideias de Kraepelin, mas esforçando-se por limitar a forma paranoide às formas nas quais as ideias delirantes são completamente assistemáticas. Na oitava edição do seu tratado, Kraepelin coloca já as parafrenias (1912) como grupo autónomo o que reforça a opinião deste grupo, nomeadamente de Júlio de Matos. As parafrenias podiam ser subdivididas em quatro grupos, de acordo com Kraepelin: a forma sistemática, próxima do delírio crónico de Magnan, a forma expansiva, a forma confabulatória e a forma fantástica. O próprio Kraepelin considera que a forma sistemática das parafrenias, a mais frequente, corresponderia ao delírio crónico de Magnan. Tavares menciona que entretanto Bleuler (1911) redefinira a demência precoce.

Com efeito Bombarda ficou estreitamente ligado à classificação de Krafft-Ebing e a despeito do fulgor clínico e intuição de que várias vezes deu provas, permaneceu quase sempre ligado às doutrinas de pendor mais cientificista do seu tempo. Matos, pela sua adesão à escola italiana, podia acompanhar mais facilmente as aproximações que esta foi fazendo á escola alemã nomeadamente a Kraepelin a partir de certa altura. Podemos conferir com o tratado de Tanzi e comparativamente com Júlio de Matos na 2ªedição de *A Loucura. Estudos clínicos e médico-legais*[1], onde se congratula com a notícia colhida de revistas especializadas de que Kraepelin iria, na próxima edição do seu tratado (a oitava) retirar o delírio crónico de Magnan da demência precoce onde ficara integrado na demência paranoide, "onde nunca pudemos compreender a sua inclusão, para fazer parte de um grupo novo: as parafrenias"[2]. É no entanto curioso que Tanzi, que aceita a distinção entre demência precoce e paranoia, vá no entanto manter a ligação entre paranoia e degenerescência, no sentido de considerar o paranoico um resíduo primitivo da história humana, numa visão que em parte reflecte a influência da antropologia e da etnologia do seu tempo, e que acaba por aproximar a paranoia de uma perturbação da personalidade, enraizada no indivíduo e na sua história. O delírio paranoico, contrariamente ao delírio paranoide, seria não um sintoma mas "um modo de pensar,

[1] MATTOS, Júlio de – A Loucura. Estudos clínicos e medico-legaes. Lisboa: Livraria Classica Editora, 1914. (2ª Edição, revista e ampliada).
[2] Idem, Ibidem, pp. 203-204.

resultado de uma constituição paranoica"[1], afirmação de Tanzi igualmente subscrita por Júlio de Matos.

O tema continuou a ser discutido, nomeadamente por quem seguia mais de perto a escola francesa de Psiquiatria, que reagia negativamente à inclusão pela escola alemã dos delírios alucinatórios sistematizados na demência precoce. Um artigo de Luis Pacheco[2] dá testemunho disso mesmo, favorecendo a escola francesa embora diga que as psicoses alucinatórias crónicas já são agora aceites por Kraepelin com o nome de parafrenias na última edição do seu tratado. Mas se a unidade de grupo não podia ser mantida pela aceitação do critério evolutivo de Kraepelin, pois muitas das formas descritas podem evoluir muitos anos sem enfraquecimento intelectual, talvez o ponto de vista psicológico permita diferenciar a psicose, surgindo assim formas de classificação da perturbação psíquica essencial como *dissociação* (Claude), *discordância* (Chaslin) ou *ataxia intrapsíquica* (Stransky). Fora precisamente o que Bleuler pretendera ao empregar o termo esquizofrenia, pois a dissociação das diversas faculdades psíquicas era uma das suas propriedades mais importantes, assim como o predomínio mórbido que a vida interior toma nas suas relações com o mundo exterior (autismo), e que Pierre Janet já teria definido pela perda do sentimento da realidade.

Pacheco aplaude estas interpretações com a ajuda de noções freudianas, mas acha que a questão da demência precoce não fica mais esclarecida. Defende pois a concepção de Henri Claude que ao lado da demência precoce com a forma hebefrénica e catatónica coloca a esquizofrenia, sendo a primeira uma decadência primitiva e progressiva provocada por alterações orgânicas dos centros nervosos superiores com destruição mais ou menos marcada das diversas funções psíquicas, e a segunda a expressão de um estado constitucional: a constituição esquizoide de Kretschmer[3]. Esta caracterizava-se por marcada inclinação desde a infância para a rêverie, o recolhimento e absorção na vida interior. Sob a influência de um choque emotivo ou de um estado toxi-infeccioso, a evolução do esquizoide seria diferente: surgindo dissociação e discordância, teríamos a esquizomania, se surgisse verdadeira deslocação das funções psíquicas seria o quadro da verdadeira esquizofrenia, e neste caso o que há é uma *demência pragmática* (Minkowski). Não deixa de ser surpreendente o aparente pouco interesse que a demência precoce suscita, tal como o da esquizofrenia depois da

[1] TANZI, E. – A Textbook of Mental Diseases. London: The London Press Company, 1909. p. 724.
[2] PACHECO, Luis – "Demencia Precoce e Esquizofrenia". Lisboa Médica. (1927), pp. 20-25.
[3] KRETSCHMER, E. – Constitución y Carácter. Barcelona: Editorial Labor, 1954 (edição original de 1921). Kretschmer torna-se conhecido e citado nesta altura pelo seu livro sobre as constituições e a classificação tipológica. Entre nós, surgiu uma recensão bem informada do livro por Eduardo Coelho. Ver COELHO, Eduardo – "A Caracterologia de Kretschmer. O corpo e o carácter". Lisboa Médica. (1928), pp. LXIX-LXXII.

publicação do livro de Bleuler, entre nós, sendo raras as dissertações ou mesmo os artigos nas revistas médicas.

Os trabalhos de Alberto Brochado na década de 1920 sobre psicoses alucinatórias crónicas, sobre o síndrome dos sósias, e sobre as alucinações segundo Clérambault, embora não tratem directamente o tema, focam as psicoses crónicas e são importantes por trazerem contribuições das escolas francesa e alemã. Já na década de 1930 surgirão trabalhos seus sobre esquizofrenia[1], e por outro lado em Lisboa iniciava-se o magistério de Barahona Fernandes. A *Psicopatologia Geral* de Karl Jaspers[2] começará a ser divulgada por ele e por outros discípulos de Sobral Cid na segunda metade da década de 1930, mas só foi efectivamente influente através da obra clínica mais acessível de Kurt Schneider[3] com quem Barahona Fernandes trabalhara na Alemanha. A demência precoce metamorfoseara-se em esquizofrenia.

4.5. PARANOIA

Neste tema radica talvez a maior originalidade do contributo de Júlio de Matos, cuja importância surge reconhecida em Ballet e Régis[4]. Estudioso do tema, autor de um livro de 1898[5] dedicado a Sousa Martins, este é evidentemente assunto da sua predilecção e dedica-lhe 53 páginas nos *Elementos de Psiquiatria* que começa por um resumo histórico circunstanciado, explicando que é necessário assistir à evolução de um conceito que "inicialmente sintomático se tornou patogénico, e primitivamente clínico veio a ser antropológico e atravessa a história da psiquiatria"[6]. Tema bastante complexo, na confluência das escolas francesa, alemã e italiana, com múltiplas designações que por vezes traduzem conceitos pouco distinguíveis, mas que reflectem tradições distintas de difícil aproximação. Resumidamente, começa por falar dos trabalhos franceses, desde a monomania intelectual de Esquirol, onde está talvez o germe do conceito de paranoia, percorrendo os autores da escola francesa até Sérieux e Capgras[7]. Mas considera que a originalidade dos trabalhos franceses se foi perdendo "começando tudo a ser uma cópia lamentável e servil das doutrinas de

---

[1] BROCHADO, Alberto – "O Nível Mental na Esquizofrenia". Portugal Médico. nº 5 (1932). Separata.

[2] JASPERS, K. – Psicopatologia General. Mexico: Fondo de Cultura Económica, 1996. (original 1913).

[3] Ver FERNANDES, H. Barahona – Filosofia e Psiquiatria (Experiencia portuguesa e suas raízes). Coimbra: Atlantida Editora, 1966.

[4] BALLET, G. – Traité de Pathologie Mentale. Paris: Octave Doin, 1903. RÉGIS, E. – Précis de Psychiatrie. Paris Octave Doin et fils, (5ªEdition), 1914.

[5] MATTOS, Júlio de – A Paranoia. Ensaio pathogenico sobre os delírios systematisados. Lisboa: Livraria Editora Tavares Cardoso & Irmão, 1898.

[6] MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmão, 1911. pp. 539-592.

[7] SERIEUX, P.; CAPGRAS, J - Les Folies Raisonnantes. Le Délire d'Interprétation. Paris: Felix Alcan, 1909.

Kraepelin"[1]. Também percorre os trabalhos alemães até Krafft-Ebing que considerou a paranoia uma degenerescência psíquica[2], descrevendo uma forma persecutória com um subgrupo processivo e uma paranoia ambiciosa com duas variedades, religiosa e erótica. Entretanto Kraepelin foi modificando as suas ideias, de acordo com uma dimensão temporal evolutiva, acabando por defender que a paranoia seria formada exclusivamente pelos delírios crónicos, não alucinatórios, de base interpretativa: formação lenta de um "sistema delirante duradouro, imutável, junto a uma perfeita conservação da lucidez"[3]. As variedades seriam o delírio de perseguições, com ou sem ideias de grandeza, o delírio erótico e o delírio processivo. Matos comenta de forma crítica que Kraepelin não menciona "o delírio do ciúme, que parece reduzir a um síndrome da demência precoce, do alcoolismo e das psicoses senis"[4]. Mas é pelos trabalhos italianos que o nosso alienista demonstra entusiasmo e concordância quase completa. Começa logo por dizer que Tanzi e Riva (1884) fizeram da paranoia um estudo cheio de originalidade. Tratava-se de uma "anomalia atávica da inteligência, um excesso de subjectivismo, alterando fundamentalmente as relações do indivíduo com o seu meio cósmico e social; sendo a egocentricidade o essencial desvio do Eu paranoico. Assim, não seria uma doença, mas uma anomalia, uma verdadeira degenerescência intelectual, a forma ideativa de um atavismo psíquico, a denúncia de uma regressão intelectual; para os franceses e alemães, a paranoia é um conceito médico, mas os italianos dão-lhe um caracter antropológico[5]. O paranoico seria antes de tudo, um ser anacrónico, um primitivo, contemporâneo mental das épocas remotas, e a sua egocentricidade era uma revivescência do passado humano. A crença indestrutível do paranoico teria o caracter teológico da adesão incondicional aos dogmas religiosos, a alma do paranoico era idêntica à alma religiosa dos primitivos, adorando os deuses que criaram e acreditando como revelações os produtos quiméricos do próprio espírito. O mesmo processo de antropomorfização das forças universais dominava o cérebro religioso dos primitivos e do paranoico. A plena adesão de Matos a esta concepção explana-se a seguir nos tipos de delírio: "o delírio paranoico de

[1] MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmão, 1911. p.549.
[2] MATTOS, Júlio de Ibidem, pp.552-553. Ver KRAFFT-EBING, R. – Traite clinique de Psychiatrie. Paris: Maloine,1897. pp. 444-489.
[3] MATTOS, Júlio de, Ibidem, p.557.
[4] Bombarda publicara um livro sobre o tema. BOMBARDA, Miguel – O Delírio do Ciúme. Lisboa: Publicações da Medicina Contemporanea, 1896.
[5] MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmão, 1911. p. 558-559. A escola italiana, a partir dos anos 80, alinha pelas concepções da escola alemã, nomeadamente Schüle e Krafft-Ebing, e mais tarde Kraepelin, sendo fundamental a figura de Tanzi que adapta a nosologia de Kraepelin, embora com nuances várias. É também notória a influência de Lombroso e da sua interpretação da teoria da degenerescência aplicada à compreensão do criminoso. Ver BERCHERIE, P. – Les Fondements de la Clinique. Paris: Navarin, 1980. Em relação a Kraepelin, Matos parece-nos mais distante que Tanzi.

perseguições representa uma fase da luta humana, incompatível com o actual reconhecimento das garantias individuais, ele é em si mesmo um documento de atavismo; o delírio paranoico de grandezas, reflexo do velho erro antropocêntrico e do erro geocêntrico, nascidos de um subjectivismo indisciplinado e ingénuo, que só a alma bárbara e a alma paranoica podem hoje comportar"[1]. E o delírio erótico paranoico seria a revivescência actual de uma fase religiosa e romanesca do passado, bem documentada nos livros místicos e de cavalaria. Depois vai referenciar o seu livro[2], para criticar autores que atacaram a origem atávica da paranoia, cujas ideias delirantes teriam as suas raízes nas emoções de medo, de ambição ou de amor, comuns a todos os homens; mas para Matos a ideia delirante é primitiva na paranoia, não deriva de sensações, sentimentos ou emoções, mercê de um processo psicológico de interpretação, mas graças a um processo fisiológico e subconsciente. " O trabalho que conduz da emoção inicial à ideia incorrigivelmente falsa, passa-se na inconsciência, como o que faz de uma semente um fruto; longe de concentrar-se e de examinar-se, o paranoico olha para fora, não se observa a si mas ao mundo exterior, e as suas interpretações, que incidem sobre coisas e factos, estão já radicalmente viciadas pelo delírio"[3]. Lembra também que o paranoico está destinado a sucumbir na concorrência social, acentuando que há falta de senso crítico nas relações do Eu com o ambiente, natureza e sociedade. Essa falta não é senão uma paragem da evolução psíquica na fase em que se imobilizaram os primitivos e os selvagens, reproduzindo-a hoje, o paranoico faz um evidente anacronismo[4]. Ainda acrescenta terem estas ideias delirantes uma feição religiosa, na adesão indestrutível que o espírito lhes presta, a despeito da evidencia cristalina dos factos, que as contrariam, sendo neste sentido que Tanzi afirmava que há um místico dentro de cada paranoico, ainda quando irreligioso. Considera finalmente duas variedades clínicas: o delírio de perseguições e o delírio de grandeza, podendo o primeiro afectar as modalidades ciumenta e litigante, e o segundo as formas erótica e religiosa, e ainda a política, representada pelos reformadores sociais, nuance do delírio místico megalómano. Os delírios são crónicos, mas susceptíveis de remissões, o prognóstico é severo, com

[1] MATTOS, Júlio de, Ibidem, p.559.
[2] MATTOS, Júlio de – A Paranoia. Lisboa: Tavares Cardoso & Irmão, 1898. Miguel Bombarda em nota criticara a teoria regressiva escrevendo que "a doutrina atávica da paranoia não deixará de ir arquivar-se como a da microcefalia na colecção das coisas que fizeram o seu tempo". BOMBARDA, Miguel – "Congresso de Marselha". A Medicina Contemporanea. nº 18 (1899), pp. 143-144.
[3] MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmão, 1911. p. 563.
[4] Idem, Ibidem, p.564. A posição de Matos e de Tanzi sobre a paranoia, "a verdadeira loucura" parece dever mais a uma versão sociológica e cultural, que a um evolucionismo biológico como o de Darwin.

frequentes complicações médico-legais. No tratamento, só a sequestração e a interdição são referidos por Júlio de Matos[1].

Júlio de Matos anotara criticamente o facto de Kraepelin não ter mencionado a propósito da paranoia *O delírio do ciúme*[2], um livro de Bombarda que é monografia notável dado não ser na altura tema muito individualizado. Começando por dizer que as ideias delirantes de infidelidade conjugal são frequentes em certas formas de alienação mental, enumerando primeiro o alcoolismo crónico, a histeria, a menopausa e a epilepsia, centra-se depois no delírio paranoico do ciúme que tem vindo a observar em número considerável em Rilhafoles e cuja importância médico-legal salienta. Anota a fixidez da ideia delirante que impregna toda a mentalidade, e a descrição do primeiro caso da sua observação é um delírio sistematizado de ciúme, citado aliás por Henri Ey no segundo volume dos seus *Études Psychiatriques*[3], descrevendo depois outros casos com diferentes características. Na caracterização da paranoia cita Kraepelin, "desenvolvimento crónico dum sistema delirante contínuo com simultânea e completa conservação da reflexão"[4], mas afirma ter restrições à definição pois considera que o espírito do paranoico está lesado, pois se os mecanismos gerais de reflexão seguem as regras do espírito sadio, os elementos que a ele são submetidos apresentam-se falsificados, as faculdades críticas estão gravemente afectadas, o espírito inteiro está lesado, acreditando que o mal está na lesão do cérebro[5]. Por outro lado nota que alguns paranoicos parecem viver bem no seu delírio, como se a ideia fixa lhes trouxesse alguma felicidade, dado o apego com que se lhe agarram. Considera que a forma do delírio do ciúme não tem que constituir um grupo mórbido diferente das outras paranoias. Menciona ainda a terminação frequente pelo enfraquecimento intelectual mas admite a possibilidade da cura, rara mas descrita num dos seus doentes[6], e a situação afectiva que pode associar-se ao delírio. Considera que alguns dos delirantes se aproximam dos perseguidos raciocinantes de Falret ou perseguidos perseguidores, e dos querelantes ou demandistas de Krafft-Ebing. Acaba por considerar que nas paranoias não há lesões dos afectos ou da vontade, mas sim uma "lesão do mecanismo intelectual"[7]. Encontra todas as transições entre a perseguição raciocinante e a perseguição

[1] Idem, Ibidem, p.592. Matos adopta uma posição meramente de defesa social ao contrário de Tanzi que reconhece que o Asilo não é ambiente apropriado ao paranoico. Ver TANZI, E. – A Textbook of Mental Diseases. London: The London Press Company, 1909. p. 746.
[2] BOMBARDA, Miguel – O Delírio do Ciúme. Lisboa: Publicações da Medicina Contemporanea, 1896.
[3] EY, Henri – Études Psychiatriques. Aspects séméiologiques. Paris: Desclée De Brouwer & Cie, 1950. p. 494.
[4] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, p. 22.
[5] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, p. 31.
[6] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, pp.74 e 77-78.
[7] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, p. 101.

clássica, lembrando que nos estados paranoicos o perseguido se transforma a certa altura em perseguidor. Os casos que mais lhe suscitam considerações diagnósticas são os de aparência mais raciocinante, com delírio puro e sem alucinações, mantendo-se em perfeita sistematização lógica o que leva a que o médico não consiga descobrir a fenda por onde a situação delirante possa revelar-se. De resto, o delírio do ciúme não se afasta das paranoias comuns - a mesma arquitectura da falsa concepção, a mesma preocupação exclusiva[1]. Curiosamente vai ainda citar Schüle que afirma que o delírio de infidelidade conjugal se associa a certas fases da potência sexual, o que Bombarda admite, mas não considera que seja um facto geral.

A publicação do livro *A Paranoia*[2] por Júlio de Matos em 1898 assinalou outro momento importante na literatura psiquiátrica tornando-se referência citada mesmo fora do país e que faz uma ampla revisão dos delírios sistematizados e do delírio crónico com referência aos autores franceses, alemães, italianos, ingleses e norte-americanos. O assunto já foi desenvolvido na análise do livro de 1911, apenas se anotam aspectos ainda não mencionados. Num curioso capítulo sobre as obsessões e os delírios paranoicos, Matos vai buscar a definição de Westphal de que "uma ideia, sem precedência de um estado emotivo ou passional se impõe à consciência do doente contra a sua vontade, mas sempre reconhecida como anómala e estranha ao Eu"[3], para considerar que as obsessões representam um começo de dissociação pessoal, uma cisão do Eu por dois grupos antinómicos de sistematizações psíquicas, a normal e a obsessiva, e que implica uma obnubilação da consciência individual, citando Séglas. Matos defende que longe de serem antinómicos, a obsessão e o delírio se aproximam; a obsessão seria um começo de delírio sistematizado, como este seria uma obsessão progressiva à custa de sucessivas associações. Daí a expressão de "paranoia rudimentar ou abortiva"[4] com que alguns designam a obsessão. As explicações são evolucionistas: na sua lenta e progressiva constituição, a personalidade humana encontra-se representada por sistematizações psíquicas de crescente complexidade, traduzindo a acção do mundo sobre o Eu e deste sobre o mundo, e assim se formam, mercê da hereditariedade, sucessivas estratificações sistemáticas de ideias, emoções, impulsos, tendências, que representam num dado momento um espirito, uma personalidade. Cada personalidade é num

---

[1] Idem, Ibidem, p. 111.
[2] MATTOS, Júlio de – A Paranoia. Ensaio pathogenico sobre os delírios systematisados. Lisboa: Tavares Cardoso & Irmão, 1898.
[3] MATTOS, Júlio de, Ibidem, p. 159.
[4] MATTOS, Júlio de, Ibidem, p. 163.

dado momento, a justaposição de subpersonalidades relegadas para o inconsciente, mas tenazes, persistentes, susceptiveis de integral ou parcial revivescência, e por trás do individuo está a espécie, que representa todas as sistematizações que procedem da acção lenta do meio, capitalizada pela herança.

As obsessões e os delírios sistematizados aparecem assim como "ressurreições parciais e mais ou menos extensas de um Eu ancestral"[1], sendo da luta que se estabelece entre este e o Eu de recente formação que derivam a angústia que acompanha as obsessões e o alívio que lhes sucede quando a distensão se realiza, e por outro lado, a inquietação dolorosa que acompanha os delírios sistematizados na fase inicial e a tranquilidade relativa quando o paranoico adquire definitivamente uma convicção, uma crença. A luta, acrescenta o autor, será tanto menos intensa quanto mais forte for o Eu ancestral e mais instável o de recente formação, reduzindo-se a angustia obsessiva e a inquietação paranoica a insignificantes proporções[2]. O trabalho de Matos termina com uma importante discussão sobre a paranoia e a degenerescência, colocando principalmente em comparação as noções sobre degenerescência de Magnan e de Krafft-Ebing que passa em revista brevemente. A crítica a Magnan vai ser constante, mostrando-se muito mais sintonizado com as posições do alienista vienense. Ao perguntar, se sendo o desequilíbrio psíquico a principal característica das degenerescências, porque não considerar degenerados os histéricos e os epilepticos, tão desarmónicos nas manifestações da vida cerebral, está a referir-se a Magnan e à sua classificação, que não contempla essa inclusão. Com efeito, como Matos admite, o critério clínico de Krafft-Ebing é bem mais extenso que o de Magnan, e acaba por alargar o âmbito da degenerescência, introduzindo doenças que Magnan excluiria dada a normalidade do individuo até à sua eclosão. Matos considera que a maior parte dos progressos teóricos da psiquiatria se devem à introdução do conceito de degenerescência, embora admita que ainda é vago e controvertido, mas que pode aperfeiçoar-se e presta homenagem a Morel por ao ter trazido para a patologia mental essa noção, e "subordinou o seu sentido psiquiátrico ao antropológico, e este ao da biologia"[3]. Acrescenta que o preconceito religioso não permitiu àquele homem de génio efectuar essa subordinação de modo filosoficamente correto. O que é afinal a degenerescência na inicial acepção biológica, pergunta Matos, que responde: "o desvio pejorativo de um tipo natural, a perda, no indivíduo, das qualidades características da espécie. Antropologicamente considerada não pode significar senão a inferioridade do individuo em relação ao tipo natural

[1] MATTOS, Júlio de, Ibidem, p. 168.
[2] Idem, Ibidem, p. 168.
[3] Idem, Ibidem, p. 177.

humano"[1]. Esse tipo teria sido para Morel o homem primitivo, paradisíaco depositário de todas as perfeições, mas condenado pelo facto da queda original a condições degradantes de luta com a natureza.

Afirma depois que alguns dos erros de Morel reapareceram em trabalhos contemporâneos como os de Magnan. Para Matos é como um desvio do tipo humano que a degenerescência tem que ser definida em antropologia, mas esse tipo tem de ser procurado, "não nos domínios da tradição e para trás, mas no terreno da previsão científica e para diante"[2], partindo da ideação teológica para atingir a científica, do egoísmo para o altruísmo, do automatismo impulsivo para a conquista da vontade. Portanto os desvios regressivos, sejam quais forem as causas, constituem degenerescências no sentido antropológico. Por isso Matos conclui que "antropologicamente considerada, a loucura é sempre uma degenerescência, pois em todas as suas formas implica um desvio regressivo"[3], total ou parcial, extenso ou limitado, provisório ou definitivo. Mas psiquiatricamente não é assim, pois se o desvio for reparável na vida individual, se constitui um acidente efémero e se depende muito mais da gravidade das causas produtoras, então a loucura não se considera degenerativa; só se for irreparável, derivado de causas insignificantes e acusando uma inferioridade constitucional.

Mas nas psiconeuroses o gérmen da degenerescência existe, pois cruzamentos infelizes podem desenvolvê-lo na descendência, através da hereditariedade, e nas formas degenerativas menos graves a regeneração ainda é possível através de cruzamentos felizes; isto é, a distinção psiquiátrica das psiconeuroses e das degenerescências não tem nada de absoluta[4].

Estes desenvolvimentos aproximam-no muito de Krafft-Ebing, e das suas opiniões do papel das degenerescências nos tipos principais de loucura. Matos também não concorda com Magnan quando este diz que o atavismo[5] não implica degenerescência, porque um tipo regressivo seria normal, enquanto um degenerado é um doente! Pelo contrário, insiste Matos, o atavismo humano é sempre parcial e incompleto, consistindo na revivescência de algumas qualidades ancestrais. A paranoia era pois uma degenerescência.

---

[1] Idem, Ibidem, pp.177-178.
[2] Idem, Ibidem, p.179.
[3] Idem, Ibidem, p.180.
[4] Idem, Ibidem, p.180.
[5] Segundo as concepções da época a hereditariedade dizia-se directa, e indirecta ou regressiva. A regressiva ou atavismo quando no indivíduo se reproduziam características dos avós ou ainda de antepassados mais distantes, mesmo antepassados de linha colateral.

Em artigo de *A Medicina Contemporânea*[1] a propósito de um Congresso de Marselha, Miguel Bombarda constata que na ciência psiquiátrica francesa começam a penetrar noções conquistadas noutros países como a Itália, como por exemplo no relatório sobre as paranoias, objecto de demorado debate numa reunião de alienistas franceses. Bombarda passa a referir-se ao trabalho de Júlio de Matos, "autor de um estudo muito atento e muito cauteloso, sobre a paranoia, em que se chega a conclusões que são o aplauso e o desenvolvimento da doutrina de Tanzi e Riva, que na paranoia vêem um estado regressivo, uma representação atávica das raças primitivas, donde evolucionou o homem actual. Não é a primeira vez que se vai buscar ao atavismo a interpretação de estados mórbidos mas que até hoje todos têm caído pela base, e exemplifica com a teoria regressiva da microcefalia; e acrescenta que lhe sucedeu o mesmo que à teoria lombrosiana do crime, que via no criminoso- nato um epileptico; Bombarda assegura que não tem melhor destino a doutrina que pretende descobrir no paranoico um representante dos primitivos avoengos; A doutrina atávica da paranoia, irá arquivar-se, como a da microcefalia, na colecção das coisas que fizeram o seu tempo, por mais brilhantemente que a defenda o meu colega do Hospital do Conde de Ferreira"[2]. Acha inaceitável a analogia que se pretende vincar entre a fé do paranoico nas fantasias do seu delírio e as do homem primitivo para a inteligibilidade dos fenómenos da natureza. "A fé do paranóico é inabalável, e se assim fora a fé do homem primitivo, o homem de hoje ainda seria homem primitivo; como poderia evolucionar uma criatura tão absolutamente insusceptivel de educação como o homem paranoico?"[3]

Em 1923 Sobral Cid em "Clínica das perturbações da Memória"[4] estabelece uma curiosa comparação da histeria com a paranoia: enquanto a amnésia histérica é determinada pela repressão no subconsciente de um complexo ídeo-afectivo traumatizante, na paranoia seria explícita a presença no centro do campo de consciência, em progressivo desenvolvimento, de um núcleo de ideias prevalentes e fortemente radicado na personalidade que comanda toda a sintomatologia psíquica, incluindo as perturbações da memória[5]. O preconceito paranoico, quer seja persecutório, ambicioso, místico, hipocondríaco ou reivindicativo, sistematiza a atenção e o interesse, impede o acesso à consciência das imagens mentais que o contradizem,

---

[1] BOMBARDA, Miguel – " Congresso de Marselha". A Medicina Contemporanea. nº 18 (1899), pp. 143-144.
[2] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, p.143. Depois da teoria regressiva da microcefalia e da teoria lombrosiana do crime, a doutrina atávica da paranoia é agora visada, e o seu maior defensor entre nós, Júlio de Matos.
[3] Idem, Ibidem, p. 144.
[4] CID, José de Matos Sobral - "Clínica das perturbações da memória". Jornal da Sociedade de Ciencias Médicas de Lisboa: Lisboa. Vol LXXXVII, nº10-12 (1923). Ver CID, José de Matos Sobral – Obras I, (1983). pp. 25-72.
[5] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, p.67. Embora centrado nas perturbações mnésicas, a sua abordagem dos processos psicológicos da paranoia oferecem um nítido contraste com os formulados por Júlio de Matos.

comanda o andamento dos processos associativos e conduz o doente à interpretação tendenciosa dos dados actuais da experiencia e à falsificação das recordações do passado, no sentido das ideias que o dominam. Muitas vezes as recordações são exactas, mas tendenciosamente interpretadas por um raciocínio paralógico, outras vezes pode haver reprodução falsificada de acontecimentos reais, mas vividos com um sentimento de certeza subjectiva e inabalável[1]. A evolução do delírio faz-se não só no sentido anterógrado pela interpretação paralógica dos acontecimentos diários, mas também no sentido retrógrado por falsificação retrospectiva do passado que se estende a toda a vida anterior. E não há paranoico algum, acrescenta, cujo sistema delirante não seja mais ou menos apoiado em ilusões da memória. Os erros mnésicos dos paranoicos podem ir desde a simples ilusão até às alucinações da memória, a confabulação e a fábula[2].

Acrescenta que a desconfiança que muitas vezes forma o fundo do carácter paranoico, e a expectativa ansiosa que os domina e a corrente de pensamentos tendenciosos que constantemente fluem na consciência, conduzem-nos à percepção ilusória de palavras e frases que a memória depois reproduz. Outras vezes, e após período de meditação ou até de elaboração subconsciente, vê ou subentende certo significado num acontecimento anterior até aí reproduzível com fidelidade. A partir desse momento é neste último sentido que ele passa a pensar o acontecido e mais tarde é a sua versão subjectiva que surge na consciência passando a ser o conteúdo explícito da recordação, e nas suas recordações há pois um misto de elementos mnésicos falsificados e exactos fundidos num todo onde se torna impossível distingui-los[3]. Pode também haver autenticas alucinações da memória, não procedendo de um acontecimento real. Conclui dizendo que na paranoia pura as interpretações delirantes e as falsificações mnésicas conservam sempre uma aparência lógica e nunca ultrapassam os limites do possível e do verosímil, tornando as falsificações até certo ponto legítimas e facilmente compreensíveis.

Em 1927 a situação parece bem diferente e estabilizada no que diz respeito ao estatuto relativamente residual da paranoia. Alberto Brochado em dois trabalhos[4], mostra a influencia e integração da obra de Kraepelin e Bleuler e o conhecimento bem actualizado da psiquiatria

---

[1] Idem, Ibidem, p. 68.
[2] Idem, Ibidem, p. 70.
[3] Idem, Ibidem, pp.70-71.
[4] BROCHADO, Alberto – "Um caso de paranoia". Portugal Médico. nº 1 (1927), pp.19-23; BROCHADO, Alberto – "Psicose alucinatória crónica (Dois casos interessantes) ". Portugal Médico. Porto: Tip. da Enciclopedia Portuguesa. nº 6 (1927). Separata.

francesa, salientando a importância do livro de Genil-Perrin *Les paranoiaques*[1] e a ideia de uma constituição paranoica, de trabalhos de Henri Claude sobre esquizofrenia e de Targowla[2], Lamache e Daussy sobre a intuição delirante. Os delírios de interpretação e de reivindicação não levam à demência pela sua evolução natural, constituem a paranoia, com exclusão dos delírios crónicos alucinatórios, e o critério classificativo já é colocado principalmente no tipo de mecanismos psicopatológicos em causa.

4.6. EPILEPSIA

No seu livro *Lições sobre a epilepsia e as pseudo-epilepsias*[3], Miguel Bombarda desde início que é peremptório: "A epilepsia legítima, a verdadeira epilepsia é uma degenerescência, as epilepsias secundárias a outras afecções são pseudo-epilepsias"[4]. Esta preocupação essencial da obra, a que chama reabilitação da epilepsia, consiste na separação de uma epilepsia degenerativa, legítima, herdada ou adquirida, caracterizada pela feição mental e pela permanência, de outras situações de doença pseudo-epilepticas, que nada tinham a ver com a degenerescência, que não transformam o individuo numa criatura anti-social, com uma evolução que pode terminar pela cura ou pela morte[5]. Só no primeiro caso se tratava de um desvio evolutivo, anomalia conduzindo a uma formação teratológica, não se tratando pois de uma doença mas de um estado anómalo de um cérebro em regressão em que se produz "uma mentalidade especial com fulgurações epilepticas e onde se encontram desvios no plano normal da evolução - os estigmas"[6].

Numa passagem fundamental sobre os casos da degenerescência epiléptica, Bombarda afirma "a hereditariedade dos caracteres adquiridos, por necessidades de adaptação, avigoradas e enraizadas na luta pela existência, constitui a base mesma do aperfeiçoamento das espécies,

---

[1] GENIL-PERRIN, G. – Les paranoiaques. Paris: Maloine, 1927.

[2] Esta referência é de 1927, mas o melhor estudo sobre as intuições delirantes é o livro de Targowla e Dublineau: TARGOWLA, R., DUBLINEAU, J. – L'Intuition Délirante. Paris: Maloine, 1931. Ver BERRIOS, G. E.; FUENTENEBRO, F. – Delirio. Historia. Clinica. Metateoria. Madrid: Trotta, 1996. p. 98 e pp.133-134. Os autores acrescentam que o estudo "teve que esperar pela difusão das ideias de Bergson e Lévy-Bruhl".

[3] BOMBARDA, Miguel – Lições sobre a Epilepsia e as Pseudo-Epilepsias. Lisboa: Antonio Maria Pereira-Editor, 1896. É o livro-chave de Bombarda sobre a teoria da degenerescência, em que significativamente não surgem estudos clínicos dos seus casos.

[4] Idem, Ibidem, p. 13.

[5] Idem, Ibidem, p.16.

[6] Idem, Ibidem, pp.14-15.

isto é, da evolução"[1], no que parece uma concepção de fundo lamarckiana, mas com elementos darwinianos. Nem sempre a transformação nas gerações sucessivas se traduz por fenómenos de progressão, antes caracteres regressivos ressaltam aqui e ali no estudo das espécies animais e vegetais. Quanto aos fenómenos hereditários que se observam no campo neuropático há transformações, mas regressivas, há selecção, mas faz-se às avessas, uma selecção em que os caracteres mórbidos se vão acentuando cada vez mais nas gerações posteriores. A degenerescência é progressiva tanto mais que "os degenerados se procuram uns aos outros; o fruto dos seus enlaces são agravamentos sucessivos até ao idiotismo e à esterilidade"[2]. Além dos numerosos estigmas físicos, considera os estigmas psíquicos, definindo mesmo uma mentalidade epiléptica que é assim definida: "a inconsciência mais ou menos completa, produzida por um juízo defeituoso e pela perda da vontade e da fiscalização comotiva; susceptíveis, irritáveis, difíceis de viver, teimosos, caprichosos, bizarros"[3].

O autor descreve diversas alterações psicopatológicas concluindo que o epileptico era um psicopata desde o nascimento ou quase, com permanente debilidade e desequilíbrio do seu espírito, pelo seu carácter tortuoso e pelos actos impulsivos[4].

As relações da criminalidade com a epilepsia foi outro tema que desenvolveu com referência à escola italiana de que Lombroso era o mentor.

Reconhece que Lombroso passou para além dos factos, que o levou a generalizações precipitadas, mas acha que muita verdade se condensa nas brilhantes páginas de *O Homem Delinquente* [5]. Também critica a designação de epilepsia larvada de Morel no início do livro assim como critica os muitos erros de interpretação de Lombroso, para depois aceitar formas larvadas, o pequeno mal intelectual e o grande mal intelectual de Falret, e vários equivalentes transitórios que Krafft-Ebing descreveu e outras formas passageiras que foi enumerando[6]. A aproximação à criminologia de Lombroso, apesar de algumas críticas, é grande. Os estigmas-doença abrangiam a loucura moral, a histeria, a epilepsia e o idiotismo[7].

Não só diz que pode haver crises muito graves e fugitivas mas também que não há alienista que não reconheça a epilepsia sem paroxismos. E acrescenta "entre os criminosos não

[1] Idem, Ibidem, pp.108-109.
[2] Idem, Ibidem, p.109.
[3] Idem, Ibidem, pp.227-228.
[4] Idem, Ibidem, p. 291.
[5] Idem, Ibidem, p. 295. Ver LOMBROSO, C. – L'Homme Criminel. Étude anthropologique et médico-légale. Paris: Félix Alcan, 1887. (ed.francesa)
[6] Nestas situações, diversos quadros psiquiátricos substituíam ou eram equivalentes transitórios das crises epilepticas. Ver BOMBARDA, Miguel, Ibidem, p. 270; pp. 286-288.
[7] Idem, Ibidem, p.62.

reconhecidamente epilépticos quantos e quantos não devem entrar nos quadros comiciais; crimes com carácter de impulsão, violência e de insignificante ou nula motivação ressumem feições claramente epilépticas"[1].

A insistência na estigmatização, a subdivisão dos estigmas que iam dos anatómicos aos psíquicos e aos sociais, e o potencial risco associado aos degenerados, apresentados como seres à margem e mesmo anti-sociais, percorre todo o livro.

Philippe Chaslin publicou sobre esta obra de Bombarda um relatório, apresentado à Sociedade Médico-Psicológica de Paris[2] e publicado nos *Annales Médico-Psychologiques* em 1896[3]. Apesar dos elogios ao trabalho, que trata da epilepsia essencial renovada pela introdução das teorias mais actuais em psiquiatria, isto é, da degenerescência, comenta a sedução da teoria e sua comodidade explicativa, e alerta para os seus perigos.

Depois destas críticas Chaslin fala do livro como tentativa de reabilitação do mal comicial, pois se nos trabalhos recentes estava reduzida a um simples síndrome o autor vem afirmar que não é um sintoma, nem uma doença, mas uma degenerescência.

Admite pois que haveria um desequilíbrio mental, diferenciando os degenerados dos outros homens, e reúne-os à parte, compreendendo no mesmo quadro a loucura moral, a histeria, a epilepsia, o idiotismo, que constituem os estigmas-doenças da degenerescência. O domínio da epilepsia verdadeira ficava assim restringido, pois até as convulsões que acompanham o idiotismo, eram classificadas na epilepsia-sintoma. Chaslin conclui que as relações da epilepsia com o crime e com o génio são encaradas como muito estritas e o próprio Chaslin o cita "epilepsia, histeria, loucura, crime, alcoolismo, perversões sexuais, são os ramos do mesmo tronco, ramos que se reúnem e se entrelaçam do modo o mais variado e o mais completo"[4].

Apesar do elogio que deixa à erudição e ao brilhantismo da obra, Chaslin aponta algumas lúcidas e profundas críticas, mostrando as contradições de que enferma.

O desenvolvimento do pensamento neurológico e a redefinição das prévias categorias de neuroses e psicoses, foi lentamente separando a epilepsia das prévias formas de loucura, sendo importantes os estudos de Reynolds, Gowers e Jackson neste sentido.

---

[1] Idem, Ibidem, p. 296.

[2] Ver: A Medicina Contemporanea. nº 31 (1896). sobre a publicação do livro de Bombarda "Lições sobre a epilepsia e as pseudo-epilepsias".

[3] CHASLIN, Philippe – "Rapport sur les leçons sur l'épilepsie et les pseudo-épileptiques de M. Miguel Bombarda". Ann. Méd-Psychol. II (1896), pp.81-85.

[4] CHASLIN, Philippe – "Bibliografia. Lições sobre a Epilepsia e as Pseudo-Epilepsias pelo Professor Miguel Bombarda". A Medicina Contemporanea. nº 31 (1896), pp. 241-243.

Não terá sido por acaso que a visão mais neurologizante de Magalhães Lemos lhe tenha permitido escrever já em "Contribution á l'etude de l'epilepsie symptomatique des neoplasies corticales"[1] que "o estudo da epilepsia foi retomado e renovado em todos os sentidos, e muitas das novas contribuições saíram das memoráveis pesquisas anátomo-clínicas e experimentais feitas neste domínio"[2]. E prossegue dizendo que a epilepsia, longamente considerada como o protótipo das doenças essenciais, como uma nevrose autónoma, já não contava mais que como um síndrome que podia ser desencadeado e derivado de numerosos e diversos estados patológicos.

O seu quadro cresceu muito pela descoberta dos seus equivalentes clínicos e das epilepsias agudas[3], afirmando com Gowers que a epilepsia é uma "doença da substancia cinzenta do encéfalo, sobretudo e antes de tudo de uma afecção irritativa do córtex cerebral, capaz de perturbar, directa ou indirectamente, sob a forma de paroxismo, as funções dos centros psico-motores"[4]. Mais à frente referindo que após o estudo magistral que Hughlings Jackson[5] fez dos modos de começo das crises, a aura, considerada como o eco exterior de um processo central, como a primeira expressão fenoménica da descarga dinâmico-molecular paroxístico, que se opera no cérebro, tomando uma importância considerável para uma teoria das localizações cerebrais[6].

Um caso que refere, descrito como epilepsia sintomática fá-lo escrever "que contrariamente à opinião clássica que ligava às lesões cerebrais macroscópicas a epilepsia parcial, essas lesões podem produzir também ataques típicos de grande mal"[7]. Neste caso a formação mais neurológica de Lemos e a sua filiação teórica na escola de Magnan[8] permitia-lhe integrar mais

---

1 LEMOS, A. Magalhães – "Contribution a l'étude de l'épilepsie symptomatique des neoplasies corticales". Paris. La Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,1898. pp. 1-14.
2 Idem, Ibidem, p. 1.
3 Idem, Ibidem, p. 1.
4 Idem, Ibidem, p. 1.
5 Em 1932 Eduardo Coelho publicou na Lisboa Médica uma recensão sobre os dois primeiros volumes dos "Selected writings of John Huglings Jackson" que é um pequeno mas profundo ensaio intitulado "O significado biológico da obra de Hughlings Jackson". Apesar de ser o mais importante autor duma obra sobre epilepsia do século XIX, não encontramos antes qualquer estudo ou nota circunstanciada, apesar da importância que veio a ser-lhe reconhecida, para a evolução quer do pensamento neurológico quer do pensamento psiquiátrico. Ver COELHO, Eduardo – "O significado biológico da obra de Hughlings Jackson". Lisboa Médica. nº 8 (1932), pp. LXXV-LXXXIV.
6 LEMOS, A. Magalhães – "Contribution a l'étude de l'épilepsie symptomatique des neoplasies corticales". La Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,1898. p. 10.
7 Idem, Ibidem, p. 12.
8 Anote-se igualmente que, como reconhece Bombarda, a escola de Magnan não abrangia a histeria e a epilepsia no âmbito das degenerescências, ao contrário de Schule e Krafft-Ebing. Ver BOMBARDA, Miguel – Lições sobre a Epilepsia e as Pseudo-Epilepsias. Lisboa: Antonio Maria Pereira-Editor, 1896. p.61.

facilmente contributos novos da neurologia mais distanciada da ideia de degenerescência como eixo de referência destas afecções.

Júlio de Matos em 1911, na obra *Elementos de Psiquiatria* começa por distinguir duas formas, a epilepsia sintomática e a epilepsia idiopática[1]. A primeira é um síndrome e não uma doença e os ataques designados epileptoides, podem surgir na idiotia, na paralisia geral, na demência precoce ou no alcoolismo. Depois de referência às vertigens, às ausências e às auras[2], aborda o tema dos equivalentes, que podem constituir toda a doença, admitindo uma epilepsia larvada ou fruste, ou psíquica[3], feita não de ataques mas de crises mentais, de delírios. Na etiologia a hereditariedade tem o principal papel, como acentua Kraepelin, e a favor da sua natureza constitucional está a precocidade com que habitualmente surge e a presença de estigmas físicos de degenerescência na maior parte dos epilepticos.

Para Magnan, a sífilis, os tumores cerebrais, os traumatismos cranianos e o absinto são causas determinantes da epilepsia. Nos caracteres e sintomas somáticos, surgem os sinais antropológicos ou estigmas degenerativos diversos, que Lombroso descreveu, quer anatómicos, quer de ordem fisiológica. Descreve depois os ataques, com o grande mal e suas fases, os sintomas premonitórios, as auras de diversos tipos, e depois o ataque parcial ou epilepsia jacksoniana que diferencia em motor e sensitivo.

Nos equivalentes físicos menciona as ausências, os actos automáticos e por vezes actos violentos, com automutilações, destruição de objetos, ferimentos ou homicídios. Quanto aos equivalentes psíquicos aborda mais detalhadamente o carácter epileptico, citando vários autores como Legrand du Saulle, Schüle e Krafft-Ebing, que o classificam como egoísta, desconfiado, irritável, impulsivo, dotado de emotividade anormal. Ou, como Lombroso ou Tanzi, salientando as inclinações ao crime dada a frequente irascibilidade.

Matos acrescenta que Lombroso[4] procurou identificar o epileptico com o criminoso-nato e o louco moral, baseado num considerável número de caracteres comuns, embora Matos considere que essa identificação não é inteiramente aceitável, estas sínteses teóricas procediam de analogias reais, embora excessivamente generalizadas. Quanto aos equivalentes e sintomas psíquicos pré e pós-epilepticos, volta a falar dos sintomas mentais que substituem as crises convulsivas na epilepsia psíquica e de equivalentes que podem ser breves acessos de

---

[1] MATTOS, Júlio de - Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmão, 1911. Note-se que a epilepsia surgia integrada no capítulo das Neuropsicoses, a saber: neurastenia, histeria, epilepsia.

[2] O ataque podia apresentar uma feição abortiva: as vertigens, as ausências, e fenómenos percursores dos ataques: as auras.Ver MATTOS. Júlio de, Ibidem, p. 462.

[3] MATTOS, Júlio de, Ibidem, p. 462. Ver também p. 536, a propósito da loucura moral.

[4] LOMBROSO, C. – L'Homme Criminel. Étude anthropologique et medico-légale. Paris: Félix Alcan, 1887.

mau humor, irritação excessiva, automatismos ou prolongados, como nos estados de confusão mental, dando depois amnesia completa ou parcial ou crepuscular. O diagnóstico, tal como o prognóstico, era muito variável, pois nada distingue os ataques epilepticos dos epileptoides, sendo pois necessário proceder por exclusão, dado poderem ser sintomáticos de diversa doenças. Registe-se o progresso em relação à sua obra anterior *Manual das Doenças Mentais*[1], onde Júlio de Matos colocava a epilepsia na loucura neuropática, que considerava a mais grave e frequente. Mesmo quando escapavam à alienação mental, os epilepticos tinham quase todos estados psíquicos anormais, que os distinguiam na vida colectiva como elementos degenerados. Por outro lado podia haver apenas sintomas delirantes, como na epilepsia larvada ou mascarada de Morel[2].

O delírio epileptico podia apresentar a forma expansiva, a forma depressiva e a mista, ou ainda um delírio de actos, sob a influência de alucinações, que precedem o ataque como auras intelectuais. Os actos, executados inconscientemente podem constituir pequenos delitos ou crimes. Para levantar a suspeita de epilepsia, bastaria a presença de crises convulsivas, além de acessos delirantes já mencionados e um crime praticado de forma inexplicável e em desacordo com a história anterior. Como o prognóstico era muito grave, devia haver sempre sequestração[3]. É um facto que a maior parte dos epilepticos confinados nas instituições psiquiátricas estava mentalmente afectado.

Morel descreve em 1860 a epilepsia larvada que teve muita influência posterior no pensamento psiquiátrico. Também pela mesma altura Jules Falret deu impulso forte na mesma direcção ao descrever um estado mental dos epilepticos.

Como nota Temkin, os doentes de Morel e Falret estavam em estados avançados da doença e apresentavam características que tornavam a sua sequestração social desejável[4].

---

[1] MATTOS, Júlio de – Manual das Doenças Mentaes. Porto: Livraria Central, 1884.

[2] German Berrios considera que a epilepsia foi sendo redefinida como doença neurológica ao longo do Século XIX, sendo a criação do conceito de "epilepsia larvada" por Morel, como que uma reacção da Psiquiatria à exclusão da epilepsia como doença mental. A visão psiquiátrica parece baseada em observações impressionistas e não controladas de doentes crónicos asilados, onde eram muito frequentes os estados confusionais e demenciais, muitas vezes com epilepsias secundárias, sintomáticas. Ver BERRIOS, G. E. - "Epilepsy and insanity during the early 19th Century. A conceptual History". Arch. Neurol. Chicago: Vol 41, (1984), pp. 978-981. Também LE JEUNE, K. – "L'épilepsie larvée dans le dernier tiers du XIX siècle: un enjeu de légitimité pour les aliénistes?". Bull. Hist. Épistém. Sci. Vie. Vol. 20, nº 1 (2013), pp.25-45.

[3] Em 1911, Matos refere lucidamente que os epilepticos que vivem fora dos manicómios são, pela mediania dos seus talentos, "nos semblables et nos frères"; os hospitalizados são de ordinário débeis mentais ou dementes. MATOS, Júlio de – Elementos de Psiquiatria. Porto: Lello & Irmão, 1911. p. 472.

[4] TEMKIN, O. – The Falling Sickness. A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology. Baltimore: John Hopkins Press, 1971. p. 317.

Griesinger e Herpin foram outros autores que se interessaram pela epilepsia e mais tarde Krafft-Ebing que abordou também o tema da religiosidade destes pacientes.

Esta ideia de um carácter epiléptico acabou por ser duradoura, pela enorme influência de Lombroso, apesar de quase todos os alienistas colocarem críticas, limitações e discordâncias à sua obra. No que diz respeito à epilepsia, a influência óbvia decorre à partida da sua ideia de reunir os epilepticos, os loucos morais e os criminosos-natos numa mesma família natural[1] e mais ainda quando tentou mostrar que os epilepticos e os criminosos partilhavam sinais fisionómicos, estigmas degenerativos e ainda traços psicológicos[2].

Em todos estes autores a sua observação era estritamente psiquiátrica e incidia sobre epilepticos confinados longo tempo a instituições psiquiátricas[3].

Luís Pacheco em 1929, antigo assistente de psiquiatria com Júlio de Matos, assistente da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e colaborador de Egas Moniz, escreve na revista *Lisboa Médica*, "Considerações sobre a Epilepsia"[4], em que resumidamente enuncia as três espécies de epilepsia: essencial ou idiopática, sintomática e reflexa, e enumerando as principais causas conhecidas. A crise epileptica completa é representada por oito fenómenos sucessivos (pródromos, aura, perda dos sentidos, queda, convulsões tónicas, convulsões clónicas, coma e fase de esgotamento pós-paroxística), que nem sempre se realiza integralmente podendo apresentar diversos outros tipos clínicos: a vertigem, a ausência e os equivalentes – manifestações sensitivas, motoras, circulatórias, psíquicas, pródromos e auras. A perturbação característica do mal epiléptico é a perda de consciência.

Lembra que desde 1887 que Pierre Marie defendeu a opinião que a epilepsia não era uma nevrose e que era sempre sintomática de uma lesão encefálica, de natureza variável, que era incontestável mesmo que não directamente verificável pelos actuais meios de investigação, e o mesmo Pierre Marie rejeitava a noção de hereditariedade, sendo a causa primária sempre exterior ao doente e posterior à sua concepção salvo quando se trate de heredossífilis. Salienta principalmente o papel das infecções e dos acidentes do parto nas formas infantis, e os traumatismos do crânio, intoxicações e inflamações cerebrais por doenças infecciosas. Refere depois condições necessárias, patológicas, fisiológicas, alimentares e outras diversas para a

---

[1] LOMBROSO, C. - - L'Homme Criminel. Étude anthropologique et medico-légale. Paris: Félix Alcan, 1887. p. 583.

[2] TEMKIN, O. - The Falling Sickness. A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology. Baltimore: John Hopkins Press, 1971. p. 366.

[3] TEMKIN, O., Ibidem, pp. 316-324.

[4] PACHECO, Luis – "Considerações sobre a epilepsia, sua etiologia, sua fisio-patologia e tratamento". Lisboa Médica. (1929), pp. 249-253.

eclosão da epilepsia. Esta breve revisão mostra a proximidade destas concepções com as contemporâneas e principalmente que a epilepsia pertencia já primáriamente à Neurologia.

4.7. LOUCURA MORAL

Foi definida por Júlio de Matos como "situação degenerativa caracterizada pela ausência ou perversão dos sentimentos de piedade e de probidade, que na sua forma elementar constituem o mínimo de senso moral indispensável à vida colectiva"[1].

Este tema sempre interessou Júlio de Matos, que em 1884 abordara a loucura lúcida[2] que considera sinónima da loucura moral. Fala num delírio intelectual, num delírio emotivo e num delírio dos actos, e enfatiza que a alienação mental não é senão uma ausência de forças radicais do espírito, ou um desvio, uma viciação funcional das faculdades. Mostra depois que loucura lúcida exclui a ideia de delírio intelectual e a insuficiência intelectual, e também não compreende a insuficiência emotiva ou volitiva, como síndrome clínico de uma depressão melancólica. Fica-se pois limitado aos delírios emotivo e dos actos. Assim, na ausência de alucinações, ilusões e delírios, o que existia era uma perversão das faculdades morais, num delírio emotivo e volitivo[3].

É a Maudsley que Matos recorre para falar de perversão do sentimento de personalidade e de insensibilidade em face das leis morais, que colocam o louco moral praticamente fora do domínio social, podendo existir lucidez de espírito ou mesmo talento, mas perverteu-se o poder de apreciar o Eu e as relações sociais. Cita também Falret que descrevia os alienados lúcidos com singularidades de caracter e estranheza de conduta e devassidão; tudo seria irregular, estranho e desordenado no género de vida destes seres incompletos e deserdados. Com Maudsley conclui que todos os raciocínios referidos ao Eu, recebem influência mórbida do sentimento pessoal pervertido; o alienado lúcido não compreende a sua situação moral no conflito dos interesses sociais, não compreende que é parte de um todo que se rege por leis.

Na etiologia, a hereditariedade seria a causa mais comum, para Morel o louco moral seria sempre descendente de um degenerado, Krafft-Ebing fala de nevroses convulsivas nos ascendentes e portanto os loucos lúcidos seriam predispostos hereditários, e para Prichard

---

[1] MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmão, 1911. pp. 530-531.

[2] MATTOS, Júlio de – Manual das Doenças Mentaes. Porto: Livraria Central, 1884. pp. 282-291. Não deixa de ser curioso e significativo que Júlio de Matos nesta obra escolha a classificação de Benjamin Ball, que agrupava sete formas nosológicas de loucura, e tenha resolvido acrescentar um oitavo grupo: *Sem delírio – Loucura lúcida*. Ver pp. 65. Ver BALL, B. - Leçons sur Les Maladies Mentales. Paris: Asselin et Houzeau, 1890. p. 463.

[3] MATTOS, Júlio de – Manual das Doenças Mentaes. Porto: Livraria Central, 1884. p. 287.

ainda podiam ser resultado de acesso anterior de alienação, de paralisia ou de estado inflamatório do cérebro, incompletamente curado[1].

Nos *Elementos de Psiquiatria*[2], refere que cada civilização atinge um certo grau do que se chama senso moral, o conjunto das emoções altruístas dos homens que a formam. Ora nas sociedades modernas o mínimo desse património afectivo é representado para cada individuo pela repugnância pelos atentados contra as pessoas e contra a propriedade (Garofalo). Para Matos esse mínimo pode deixar de ser atingido por agenesia ou suspensão evolutiva do cérebro, tratando-se então menos de uma doença que de uma anomalia antropológica, e é aos casos desta ordem (variedade congénita) que cabia a designação de imoralidade constitucional, criada por Tanzi[3]. Se esse senso moral se perder posteriormente, por lesões cerebrais destrutivas, já não se trata de anomalia mas de uma verdadeira doença, variedade adquirida, sendo preferível na sua opinião a designação de loucura moral usada por Prichard[4]. No primeiro caso temos o exemplo da imbecilidade. No segundo caso, lesões cerebrais capazes de produzirem psicopatias irreparáveis, determinam também a loucura moral, como na idiotia e nas várias formas demenciais, paralítica, senil, hemorrágica, etc, acrescentando ainda Matos a epilepsia idiopática que tem por síndrome psíquico a loucura moral.

No capítulo etiológico, a hereditariedade seria a causa mais frequente, os traumatismos cranianos para os casos adquiridos, acrescentando que às vezes um acesso delirante vem evidenciar uma loucura moral inaparente. Quanto à sintomatologia, nos sintomas somáticos, os estigmas degenerativos ou anomalias de conformação são alvo de discordância, pois se Lombroso lhes dá grande relevo, Tanzi relega-os para plano subalterno, só dando valor aos sintomas de ordem psíquica. Embora reconheça que os casos adquiridos se não acompanhem de anomalias antropológicas e alguns dos congénitos possam existir sem elas, Júlio de Matos vai marcar diferenças em relação a Tanzi que não aceita que os estigmas degenerativos que Lombroso e a sua escola classificaram, sejam mais frequentes nos criminosos que nas outras categorias de homens[5]. Matos não pode concordar com isto, em razão da sua prática clínica e médico-legal. Recorda os estigmas degenerativos da epilepsia para depois analisar os

---

[1] Idem, Ibidem, pp. 290-291.

[2] MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmão, 1911. pp. 530-539.

[3] Idem, Ibidem, pp. 531. Ver TANZI, E. – "Constitutional Immorality". In A Textbook of Mental Diseases. London: The London Press Company, 1909. pp. 680-708.

[4] Ver BERRIOS, G. E. – The History of Mental Symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. pp. 426-429. Sobre a história destes conceitos ver WERLINDER, H. – Psychopathy: A History of the Concepts. Analysis of the origin and development of a family of concepts in psychopathology. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, 1978.

[5] MATTOS, Júlio de, Ibidem, p. 533. Ver TANZI, E. – A Textbook of Mental Diseases. London: The London Press Company, 1909. p.689.

sintomas funcionais. A expressão fisionómica é muito valorizada pelo nosso alienista pois teria no louco moral alguma coisa de antipático e repelente, dando mesmo como exemplo o caso de Urbino de Freitas[1]. Mesmo o mau-olhado não seria uma pura fantasia popular, mas a expressão da ameaça no grau intensivo que só o criminoso-nato pode imprimir-lhe. E a hipoalgesia, vulgar nos loucos morais, e que seria para Lombroso explicação para o seu uso de tatuagens, é parcialmente aceite por Matos, embora ele ache que também estariam em causa factores de ordem moral, como a imitação e sentimentos estéticos rudimentares, que actuam sobre indivíduos normais das classes inferiores. A hipoalgesia também teria influência sobre a crueldade que apresenta o louco moral, que por deficiência de sensibilidade, não sofre de ver sofrer. A deficiência de reacção vasomotora explicaria a sua falta de rubor e a palidez, estudada por Lombroso. Menciona ainda o estreitamento do campo visual, os esquerdinos e os ambidextros congénitos. A própria agilidade dos criminosos-natos seria por vezes simiesca, explicando um certo número de evasões das prisões e manicómios criminais, e a rapidez da reacção reflexa corresponde à impulsividade que apresentam[2].

Quanto aos sintomas psíquicos, lembra a identificação do louco moral com o criminoso- nato feito por Lombroso, e da tentativa deste de ligar estes tipos a modalidades da epilepsia larvada, que não foi admitida por muitos alienistas; a epilepsia larvada seria para Lombroso a forma aguda da loucura moral e da criminalidade congénita. Esta identificação do louco moral com o epiléptico não foi geralmente admitida e Tanzi, por exemplo, criticou severamente a concepção de Lombroso. Tanzi precisa que a deslocação da criminalidade para o campo clínico da epilepsia conduzia à aceitação de uma forma degenerativa tão indefinida que podia incluir muitas pessoas anormais e muitas normais[3].

Matos aceita a crítica de Tanzi, mas não deixa de anotar que a síntese de Lombroso não é um puro devaneio, pois “um grupo de epilepticos, larvados ou psíquicos, caracteriza-se mentalmente por sintomas de loucura moral”[4]. Conclui Matos que, se é verdade que nem todos os epilepticos são loucos morais e que nem todos os loucos morais são epilepticos, também é certo que epilepsia e loucura moral confinam por um número considerável de sintomas psíquicos, a que já se referira ao falar do carácter dos epilepticos.

---

[1] Ver MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmão, 1911. p. 534. Urbino de Freitas, professor da Escola Médico-Cirúrgica do Porto foi condenado por envenenamento de familiares e expulso da Escola.

[2] MATTOS, Ibidem, p. 536.

[3] TANZI, E. – A Textbook of Mental Diseases. London: The London Press Company, 1909. p.692.

[4] MATTOS, Ibidem, p. 537.

No diagnóstico distingue a loucura moral enquanto síndrome e enquanto anomalia ou doença. No primeiro caso é apenas uma das expressões clínicas porque uma dada psicose se manifesta: idiotia, imbecilidade, demências e intoxicações crónicas. Na anomalia congénita ou doença adquirida considera-a uma figura nosológica diagnosticável pelos sintomas somáticos e psíquicos mencionados. O prognóstico seria reservado, apenas na variedade adquirida poderia haver melhoras se houvesse marcha regressiva das lesões determinantes.

O tratamento seria exclusivamente profiláctico e penal.

Miguel Bombarda também abordou repetidamente o assunto, quase sempre pelo lado médico-legal onde as conclusões eram, depois do diagnóstico efectuado, salientar a afectividade lesada e o lado moral do espírito abolido, considerando o examinado um alienado e o acto criminoso que lhe fora atribuído, praticado sob a influência da sua enfermidade[1]. Igualmente noutra observação clínica e caso médico-legal, intitulada loucura moral, em que observa um examinado acusado de muitos furtos e actos viciosos e conduta desajustada, o relatório considera não haver nenhuma estigmatização anatómica ou funcional e também ausência de estigmas histéricos, concluindo que é um alienado, e a forma da sua doença a loucura moral, e que os actos praticados dependiam directamente da sua doença[2].

Parece indiscutível que a questão do crime vai progressivamente preocupar os alienistas no seculo XIX. Se a expressão loucura moral parece vir da inglesa “moral insanity” de Prichard, outros termos podem ser sinónimos ou próximos. Mais uma vez, e depois da ultrapassagem da doutrina das monomanias, é a figura de Morel que parece decisiva ao elaborar uma classificação etiológica, em que no grupo das alienações hereditárias vai definir subgrupos em que de forma progressiva as degenerescências se acentuam, e onde em alguns grupos estão presentes sinais físicos e também caracteres psicológicos bizarros, imoralidade das acções e inadaptação social, com tendência para a criminalidade.

Com a obra de Lombroso[3], a tentativa de ligação entre criminalidade, loucura moral e epilepsia fica patente, e uma teoria do atavismo, considerando que o criminoso nato era um representante de épocas remotas vivendo no nosso tempo. Muitos alienistas discordaram destas teorias, apesar da real influencia que vão tendo, e entre eles será Magnan em França que tentará definir a loucura dos degenerados, estados de desequilíbrio marcados com casos

---

[1] BOMBARDA, Miguel; BEIRÃO, Caetano – “Relatórios e consultas médico-legais. Caso de loucura moral. Violências”. A Medicina Contemporanea. nº28 (1896), pp. 217-219.

[2] BOMBARDA, Miguel – "Observações clínicas e casos médico-legais. Loucura Moral". A Medicina Contemporanea. nº18 (1905), pp. 141-142.

[3] LOMBROSO, M. – “L’Homme Criminel. Étude Anthropologique et Médico-Légale”. Paris: Felix Alcan, 1887.

de loucura lucida, estados delirantes, condutas com ausência do sentido moral, mas para ele, os loucos morais não deviam estar nas prisões, mas sim nos asilos.

Progressivamente, o cuidado e tratamento do doente, na tradição das Luzes, vai dando lugar à preocupação com a protecção da sociedade, pois há muitos doentes que são considerados degenerados irresponsáveis e portanto potencialmente perigosos.

Poucos alienistas o escreveram de modo tão claro como Júlio de Matos em 1908, num trabalho sobre "Os Alienados em Portugal"[1], onde se espelha a dramática contradição ideológica e moral historicamente agudizada no último terço do século XIX, no seguimento da constituição da Psiquiatria como ramo da Medicina: "No louco vemos o *doente* que Pinel dignificou, não vemos o *agente degenerativo* que a psiquiatria pôs em relevo"[2].

Michel Foucault assinala que entre 1840 e 1875, constituem-se três novos referenciais para a psiquiatria: um administrativo, um familiar e um político, com consequências importantes[3].

A questão do voluntário e do involuntário, do instintivo e do automático, tornada eixo central do comportamento, conduz à psiquiatrização das condutas, sendo a epilepsia o melhor exemplo, com a libertação involuntária de automatismos e equivalentes epilepticos, começando progressivamente a psiquiatrizar-se a desordem, a indisciplina, a agitação, a indocilidade, as alterações de caracter, isto é, a norma como regra de conduta.

A psiquiatria torna-se assim patológico-normativa e também médico-judicial, "ciência e técnica dos anormais"[4]. A perícia médico-legal torna-se menos meio de assegurar tratamento aos doentes e mais adjuvante da manutenção da ordem e salvaguarda da sociedade[5].

4.8. NEURASTENIA E PSICASTENIA

Na Lição de abertura do Curso de Neurologia da Faculdade de Medicina de Lisboa[6], Egas Moniz mostra como se tem vindo a restringir pouco a pouco o outrora vasto campo das nevroses ou das doenças funcionais do sistema nervoso. E relembra que pouco tempo antes se

---

[1] MATTOS, Júlio de – "Os Alienados em Portugal". In Exposição Nacional do Rio de Janeiro em 1908- Secção Portuguesa. "Notas sobre Portugal". Vol. I. Lisboa: Imprensa Nacional, 1908.

[2] Idem,Ibidem, pp. 669-683.

[3] FOUCAULT, M. – Les Anormaux. Paris: Seuil/Gallimard, 1999.

[4] FOUCAULT, M, Ibidem, pp.127-154.

[5] Para a perícia médico-legal, ver LANTERI-LAURA – "La chronicité dans la psychiatrie française moderne". In La chronicité en psychiatrie. Le Plessis-Robinson. Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1997. pp. 21-68.

[6] MONIZ, Egas – "Lição de abertura do Curso de Neurologia". A Medicina Contemporanea. nº 47 (1912), pp. 369-373.

incluíam nesse grupo as coreias e a paralisia agitante, que agora são consideradas doenças orgânicas. Mas algumas há que provavelmente sempre aí permanecerão e dá como exemplo principal a histeria e ainda a psicastenia (Raymond) e a neurastenia (Déjérine); são as neuroses, ou melhor, as psiconeuroses consagradas[1]. A concepção da histeria fora mantida até há pouco tempo nos moldes traçados na obra de Charcot.

A neurastenia fora definida pelo neurologista Beard[2] em 1869 para designar o exaurimento ou esgotamento dos centros nervosos e a incapacidade funcional resultante. Júlio de Matos fala de um síndrome secundário a várias afeções e de neurastenia-doença, que tanto pode ser adquirida como constitucional, em que as obsessões representam um papel importante[3]. Na etiologia coloca a par a hereditariedade e o abuso das funções nervosas (excessivo trabalho com insuficiente reparação) que podem estar ligados a situações individuais como desastres financeiros, domésticos, profissionais, má alimentação. Os sintomas somáticos assentam em penosa e constante sensação de fadiga. Depois vêm as perturbações digestivas, as perturbações do sono, com insónia frequente ou com sonhos aflitivos, com frequência sonhos de impotência, perturbações da sensibilidade, cefaleias, dores e nevralgias intensas, perturbações ou disfunções genitais. Nos sintomas psíquicos há um estado mental semelhante ao da melancolia simples, com dor moral sem delírio, em que a fadiga precede a acção; espontaneamente o doente só fala dos seus males, explica as suas sensações anormais, discute o tratamento, consulta médicos, oscilando entre o desespero, que gera ideias de suicídio, raramente executadas, e o desejo de curar-se a todo o custo.

O autor distingue depois entre a forma adquirida, acidental, com os sintomas descritos, a doença de Beard, ocorrendo em isentos de predisposição neuropática ou psicopática[4]; e a neurastenia constitucional, degenerativa, com aparição de obsessões, ou síndromes episódicos de degenerescência hereditária. Define obsessão como todo o fenómeno mental que, sem resultado útil, paroxísticamente invade a consciência, contra a vontade do doente, impondo-se-lhe de um modo irresistível e angustioso. Recorrendo a Tanzi, Matos estabelece uma analogia entre a diátese de contractura de Charcot para a histeria (um musculo

---

[1] Idem, Ibidem, p. 370.

[2] Ver WESSELY, S. – "Neurasthenia and Fatigue Syndromes". In BERRIOS, G. E.; PORTER, R. – A History of Clinical Psychiatry. The Origin and History of Psychiatric Disorders. London: Athlone Press, 1995. pp. 509-532.

[3] MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmão. 1911. pp.414-433. As obsessões surgem integradas na neurastenia constitucional, a forma mais grave. Também utiliza a designação de paranoia rudimentar.

[4] Esta doença permitiu a inclusão duma dimensão social e cultural, ligada à civilização e aos problemas da vida quotidiana, mais psicológica e distante da loucura. Para o final do século torna-se doença de diagnóstico frequente. Ver HUGUET, M. –"Construction d'une categorie nosographique: La Neurasthénie". Perspectives Psychiatriques. IV, nº 73 (1979), pp. 301-309.

fisiologicamente contraído que persistia morbidamente contracturado) e a diátese de incoercibilidade psíquica para as ideias fixas, incoercíveis, que repetindo-se constituía-se o estado obsessivo[1]. As obsessões dividiam-se em intelectuais ou ideativas, emotivas ou fobias, e motoras, que podem ser impulsivas ou abúlicas. Depois discute o elemento emotivo, constante nas obsessões, mas pergunta se é elemento primitivo ou secundário, reactivo à presença de uma ideia fixa. Para Pitres e Régis, a emotividade é o facto primitivo, mas Matos, sem o contestar, afirma que a presença da ideia fixa é indispensável à luta entre as sistematizações normais e mórbidas, de que procede a emoção; esta seria pois clínicamente secundaria. E afirma que o elemento emotivo, sendo constante nas obsessões, é primitivo apenas nas fobias[2]. Ora a obsessão dá-se pois à custa de uma dissolução parcial e transitória do Eu, vencido pelo sistema antagonista criado pela ideia imposta. Depois de mencionar as obsessões intelectuais e lembrando que muitas vezes as ideias impostas têm uma feição moral (obsessões-escrúpulos), aborda as obsessões emotivas ou fobias, a partir de Pitres e Régis[3], ao dizerem que o elemento ideativo é secundário e subalterno, a angústia pode não ter objeto mas em regra tem um objeto determinado e podem ser dos objetos e dos actos, dos lugares e elementos, das doenças e da morte, e dos seres vivos. As obsessões motoras podem ser impulsões e abulias. O autor considera, de acordo com Séglas e Régis, que os obsidiados empregam meios de defesa e dá o exemplo de um agorafóbico que para atravessar uma praça chamava um vendedor de jornais a quem ia comprando um exemplar de cada um e com quem ia conversando, conseguindo fazer a travessia acompanhado. O diagnóstico pode ser delicado pela distinção por vezes difícil com os estados neurasténicos precursores da paralisia geral ou da demência precoce, pode também ser difícil o diagnóstico diferencial com a histeria, que aliás se combinam na denominada histeroneurastenia, e o diagnóstico com a depressão melancólica seria práticamente impossível. Quanta á natureza, patogenia e prognóstico, Matos insiste em duas afeções distintas: a forma adquirida ou acidental, e a constitucional. Na primeira, ocorre em indivíduos equilibrados, sendo a sobrecarga emocional o único elemento causal, com prognóstico benigno e com tratamento assente no repouso, medicação tónica, higiene e sugestão em vigília. Já a outra forma, degenerativa, tem evolução crónica e remitente, sintomatologia obsessiva, prognóstico severo, e o isolamento impõe-se na grande maioria dos casos.

---

[1]MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmão. 1911. pp. 420-421.
[2] MATTOS, Ibidem, p. 422.
[3] PITRES, A., RÉGIS, E. – Les Obsessions et les Impulsions. Paris: Octave Doin, 1902.

Júlio de Matos parece ter uma ideia vasta e sobreinclusiva da neurastenia. No seu esquema classificativo coloca entre parênteses a loucura obsessiva e no capítulo respectivo como sinónimos, ao menos aproximados, doença de Beard, nervosismo e exaustão nervosa, loucura obsessiva, loucura coacta (Kraepelin), loucura consciente (Falret, Ritti), paranoia rudimentar (Westphal) e diátese de incoercibilidade (Tanzi). Para além disto, inclui no capítulo o estado obsessivo e as obsessões emotivas ou fobias. E também aproxima a melancolia simples da neurastenia, tendo considerado já em 1897 que procurou confrontar a respectiva sintomatologia, relevando os fenómenos somáticos das obsessões emotivas e os fenómenos mentais, psicasténicos, das fobias. Note-se que Westphal tentou alargar a área da paranoia integrando no seu quadro clínico as obsessões, criando a variedade da paranoia abortiva, rudimentar ou frustre para designar a loucura obsessiva ou das ideias fixas. Matos afirmou estar com os psiquiatras que consideram "a obsessão um delírio abortado e o delírio uma obsessão que seguiu caminho"[1].

Em 1910 Matos publica "O sonho neurasténico"[2], curioso trabalho porque fala dos sonhos penosos na neurastenia, já mencionados por Beard ao dizer que os doentes sonham desastres de toda a ordem, para de seguida confessar que foi afectado em 1890 de uma neurastenia pós-gripal, tendo tido oportunidade de estudar em si próprio a particular feição dos sonhos desta nevrose. Convidando sempre os seus doentes neurasténicos a pormenorizarem os seus pesadelos, convenceu-se que a feição que surpreendera nos seus sonhos maus, era comum a todas as neurastenias, sejam quais forem as suas causas e o molde psicológico dos doentes. O sonho é mais do que apenas penoso, pois se revela também a abulia ou a impotência neuromuscular. Os sonhos e os temas sonhados têm em comum o facto de em todos se observar um obstáculo à realização de actos que os doentes deliberaram e dos quais dependia o êxito de uma dada situação. No caso de sonhos eróticos, havia impossibilidade que o doente experimentava de gozar prazeres que se lhe ofereciam. Distingue depois sonho neurasténico de sonho dos neurasténicos, fala do primeiro pois dos segundos, se em fase de remissão, não apresentavam características especiais. A conclusão que tira é esta: "o sonho neurasténico é penoso, não porque a sua trama sensorial seja feita de mortes, de assassinatos, de desastres de toda a ordem, mas porque é um sonho de impotência"[3]. Confessa surpresa por não encontrar

---

[1] MATTOS, Júlio de – "Lições sobre doenças mentais e nervosas na Escola Médica do Porto". A Medicina Contemporanea. nº 11 (1910), pp.85-86.
[2] MATTOS, Júlio de – "O Sonho Neurasthenico". Movimento Médico. Coimbra. nº 14 (1910), pp. 217-219.
[3] MATTOS, Ibidem, p. 218. Impotencia motora, que o inabilita de intervir numa dada situação, modificando-a no sentido do seu desejo.

outros observadores a referirem os mesmos factos pois tudo o que se sabe da neurose de Beard o faz prever, e reitera "não é a abulia a nota dominante do estado mental dos neurasténicos? Não é a miastenia o mais característico dos seus sintomas objectivos?[1]".

A neurastenia tornou-se diagnóstico frequente entre a última década do século XIX e as primeiras do século XX, objecto de artigos em revistas médicas e de dissertações inaugurais. Talvez a mais conhecida tenha sido a de José Caetano de Sousa e Lacerda *Os neurasténicos*[2] de 1895 apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa, publicada com um extenso prefácio de Sousa Martins e talvez por isso passou a ser citada em teses posteriores. Do mesmo ano é a publicação da dissertação de concurso apresentada à Faculdade de Medicina de Coimbra por Francisco José da Silva Basto, *A Neurastenia*[3], procurando minuciosamente tratar o tema ao jeito de qualquer outra afecção médica, elencando sintomas essenciais ou estigmas e sintomas secundários, marcha e duração, formas clínicas, diagnóstico, prognóstico, etiologia, patogenia, higiene e terapêutica.

Impressionante é a volumosa tese de José António de Magalhães *O Pessimismo no ponto de vista da psicologia mórbida – Contribuição para o estudo da neurastenia psíquica*[4], apresentada à Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa em 1890. Trata-se talvez da mais extensa dissertação que consultámos, com 535 páginas. Muito informada no plano intelectual e contendo muitas referencias literárias, está marcada pela atmosfera fim de século, procurando ligar a neurastenia à degenerescência e filiando-a historicamente na acedia dos monges, e depois abordando o tédio, concluindo que nos finais do século XVIII "a vacilação das crenças religiosas e as revoluções políticas fizeram aparecer a doença do século"[5]. Assim, "o pessimismo era uma neurastenia psíquica, e o pessimista, quando não era um degenerado, era um indivíduo em vias de degenerescência, com uma incapacidade para a luta pela existência, impróprio para concorrer com o resto da sociedade na obra comum do desenvolvimento da humanidade"[6]. Acrescenta que uma variedade de neurastenia seria a base psíquica dos criminosos profissionais: a neurastenia moral, que era acompanhada da neurastenia física, intelectual e estética com a natural consequência no plano social, moral e laboral, juntando assim às ideias degeneracionistas a influência da antropologia criminal de Lombroso.

---

[1] Idem, Ibidem, p. 219.

[2] LACERDA, José de – Os Neurasthenicos. Esboço D'Um Estudo Medico e Philosophico. Lisboa: M. Gomes, Livreiro-Editor, 1895.

[3] BASTO, Francisco José da Silva – A Neurasthenia. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1895.

[4] MAGALHÃES, José António de – O Pessimismo no ponto de vista da Psychologia Morbida. Contribuição para o estudo da neurasthenia psychica. Lisboa: Typographia Universal, 1890.

[5] Idem, Ibidem, p. 519.

[6] Idem, Ibidem, p. 525.

Uma referência à parte merece a dissertação de Cláudio Basto apresentada à Faculdade de Medicina do Porto por tratar da psicastenia, *Alma doente-a génese da psicastenia*[1]. Na introdução cita uma frase de Albert Deschamps "para tudo compreender é por vezes necessário tudo sentir[2]", pois a neurose asténica, neurose depressiva, astenia psíquica são estados estranhos, complexos, dolorosos, esmagadores, que o doente explica mal. Atreve-se mesmo a dizer que está convencido que a astenia seria o resultado da derrota da energia psíquica, da potência espiritual, pela contrariedade tenaz e invencível do mundo exterior. Em nota de rodapé o autor analisa os termos e parece achar que neurastenia, psicastenia ou astenias nervosas são termos similares mas nem sempre com os mesmos significados; neurastenia seria o termo mais elaborado e passara para o público que dava esse nome a toda e qualquer perturbação nervosa. Existiria na Europa desde 1880, quando foram conhecidas as obras de Beard e Weir Mitchell, mas entende que era há muito conhecida de forma vaga desde Hipócrates e Galeno, conforme livro de Raymond sobre as nevroses e psiconeuroses[3], e de muitos outros autores, com muitos diferentes nomes entre os quais melancolia, irritação espinhal, nervosismo, astenia nervosa, exaustão nervosa, etc.

Era o grande mal do tempo, objecto de livros e inúmeras publicações, e de acordo com alguns alienistas e suas classificações encaradas como psiconeuroses ou degenerescências mentais, ou aproximadas dos escrupulosos, obsessivos, fóbicos, hipocondríacos. A forma constitucional era assim aproximada dos degenerados. Já Pierre Janet falava da psicastenia para descrever afeções de natureza emotiva (obsessões-fobias), motora (agitações e tiques motores) ou intelectual (ideias fixas não delirantes, ruminações) englobando a neurose de angústia, a loucura da dúvida, a doença dos escrúpulos, outrora consideradas paranoias rudimentares[4].

De acordo com Deschamps neurastenia é uma neurose, resultado dum esgotamento nervoso geral provocado por sobrecarga, sob todas as formas, física e moral, sobretudo cerebral (Beard, Charcot, Féré)[5].

A par da irritabilidade, o autor refere a impressionabilidade e a comocionabilidade marcadas, mas o psicasténico, a despeito desses momentos de excessos nervosos, cai numa preguiça de

[1] BASTO, Cláudio – Alma Doente (A Génese da Psicastenia). Viana do Castelo: Tip. De André J. Pereira & Filho, Sucessor, 1912.
[2] Idem, Ibidem, p. 8.
[3] Ver RAYMOND, F. – "Névroses et Psycho-Névroses". In Traité International de Psychologie Pathologique. Dir. A. Marie. Tome II. Paris: Felix Alcan, 1911.
[4] Ver como síntese a obra de JANET, P. – Les névroses. Paris: Flammarion, 1930. (original de 1909).
[5] Albert Deschamps estudou exaustivamente o tema das astenias. Ver DESCHAMPS, A.; VINCHON, J. – Les Maladies de l'Énergie. Les Asthénies et la Neurasthénie. Paris: Felix Alcan, 1927. (3ª édition).

movimentos e adinamia enquanto o seu espírito vagueia num remoinhar de raciocínios, explicações, ideias e sonhos. Preocupa-se com o juízo dos outros, sofre de medo e vergonha, perda de serenidade, receio do ridículo, timidez, que conduzem à abulia social. A vontade está afetada, é instável, indeciso, caindo na abulia.

Concluindo, diz que os sintomas psicasténicos são de ordem moral, orgânica e intelectual, e a cura será em liberdade, pela persuasão, transmissão do sentimento de curabilidade, psicoterapia a combinar com a fisioterapia, trabalho mental com trabalho físico. Apesar de integrada na formulação do tempo, é digna de registo a tentativa de Cláudio Basto de explicar psicologicamente o quadro psicasténico.

Tese inaugural interessante é também *Neurastenia e Neuroses*[1] de Adelino da Costa Padesca apresentada em Lisboa em 1908. Chama a atenção de início para o papel primordial que o elemento psíquico desempenha nos estados mórbidos chamados psiconeuroses, não no sentido que os alienistas o tomam, como sinónimo de loucura, mas para substituir e adquirir a significação mais simples que se dá à palavra neurose. Enquanto a histeria passou a ser neurose das funções psíquicas, a epilepsia e a doença de Parkinson e as coreias foram afastadas das psiconeuroses e aproximadas das doenças lesionais neurológicas. Assim, do grupo clássico das neuroses restavam três estados mórbidos: a neurastenia, a histeria e a psicastenia. Descreve depois os numerosos sintomas neurasténicos, com a astenia e os sintomas que podem atingir praticamente todos os sistemas do organismo, e depois o estado mental, dominado pela tristeza, pela falta de coragem, pela timidez, impressão de impotência motora, e tendência para o choro. Além do estado depressivo da mentalidade, estão atingidas a memória, a vontade e a atenção, mas não abolidas nem pervertidas, tornam-se pessimistas e apresentam um estado de medo sistematizado com fobias diversas.

Nas causas da neurastenia, Padesca considera-a própria dos países civilizados e da moderna vida intensiva, nas cidades e mais frequente nos Estados Unidos. Não lhe parece demonstrado que a hereditariedade seja essencial para a aquisição da neurastenia, todas as causas debilitantes do sistema nervoso a podiam produzir. Julga também que os doentes com sintomas neurasténicos e com graves complicações mentais, com sistematização dos fenómenos nervosos tendendo para a mania ou para a obsessão, já apontavam para a hereditariedade mórbida progressiva (constitucionais). Acha que depois dos trabalhos de Janet

[1] PADESCA, Adelino da Costa – Neurasthenia e Nevroses. Lisboa: A Liberal – Officina Typographica, 1908.

e Raymond deviam ser considerados antes do domínio da psicastenia[1].A psicastenia foi definida por Raymond, o autor mais referenciado por Padesca, como "psiconeurose constitucional, quase sempre hereditária, caracterizada por duas séries principais de sintomas psicológicos e por sintomas físicos"[2]. Os sintomas psíquicos da primeira série, mais profundos e importantes, são perturbações elementares e generalizadas do dinamismo mental, contínuos, não desaparecem completamente, são estigmas. A segunda série compreende perturbações mais aparentes, mas secundárias e transitórias, relacionadas com uma ideia ou emoção particular. A consciência crítica mantém-se em grande parte, os doentes percebem a natureza patológica dos sintomas. Os sintomas psíquicos podem entrar em qualquer dos seguintes grupos: obsessões, operações psicológicas, manifestações de insuficiência psicológica. As obsessões são ideias mórbidas, tenazes, conscientes e irresistíveis, acompanhadas com frequência de tendências impulsivas que absorvem a actividade mental do doente que lhes não pode impor a sua vontade, apesar da perfeita consciência de serem disparatadas. As operações psicológicas são também irresistíveis e involuntárias, agitações mentais ou manias (de interpretação, da hesitação, da precisão, da ordem, da aritmética, do símbolo, da explicação, da expiação, dos pactos) ou agitações difusas, em que a actividade mental se esgota sem conclusão (ruminação); tiques, fobias ou agitações emocionais sistematizadas, com horror por um objecto ou acto e por vezes também atracção pelos mesmos, estado de ansiedade geral ao menor pretexto (neurose de angústia). Estigmatizam o psicasténico a sua timidez, hesitação e irresolução. Há psicasténicos em que predomina a dúvida sistematizada, outros são escrupulosos, cujas obsessões envolvem preocupações morais, e os impulsivos, os pervertidos, até os que chegam ao delírio.

A dissertação inaugural *A psicoterapia no tratamento da neurastenia*[3] de Carlos Fernandes de Figueiredo Valente, aborda a neurastenia ligada ao tratamento, favorecendo o método de Weir Mitchell, a psicoterapia de fundamento racional de Dubois e Déjerine e os métodos de sugestão e persuasão. Paul Hartenberg escrevera em 1920[4] sobre neurastenia que foi

[1] Ver LANTERI-LAURA, G. – "La psychasthénie: histoire et évolution d'un concept de P. Janet". L'Encéphale. XX (1994), pp. 551-557.
[2] Ver a síntese de Raymond de 1911 sobre a psicastenia, em RAYMOND, F. – "Névroses et Psycho-Névroses". Traité International de Psychologie Pathologique. Vol. II. Paris: Felix Alcan, 1911. pp. 29-59.
[3] VALENTE, Carlos Fernando de Figueiredo – A Psychoterapia no tratamento da neurasthenia. Lisboa: Typographia Castro & Irmão, 1912.
[4] HARTENBERG, P. – "Grandeur et decadence de la neurasthenie". Entente Medicale, 1920, citação em CERTHOUX, J. – "De la neurasthenie aux nevroses. Le traitement des nevroses dans le passé". Ann. Méd. Psych. 119 Année, Tomo I (1961), pp. 913-932. Paul Hartenberg, que não era alienista, publicara já livros sobre a psicologia e o tratamento dos neurasténicos. Ver HARTENBERG, P. – Traitement des Neurasthéniques. Paris: Felix Alcan, 1912.

realmente doença da moda entre 1895 e 1914, desaparecendo depois de terminada a Grande Guerra, e que parecia tudo explicar incluindo as mais diversas reacções humanas. Ele resume assim os principais sintomas físicos*:* astenia neuromuscular, cefaleias, raquialgias, atonia gastrointestinal, insónia, vertigens, hiperestesias, tremores, palpitações, frigidez genital; e mentais: fadiga cerebral com perturbações da atenção e da memória, tristeza, desencorajamento, abulia, inquietação, frequentemente complicada por fobias e obsessões. Depois da Guerra terá desaparecido apenas porque se fragmentou e mudou de nome para neurose de angústia, e Paul Hartenberg dizia que na neurastenia clássica existiam sinais de depressão neuro-psíquica e de irritação ansiosa e em particular perturbações circulatórias, palpitações e um estado mental de inquietação complicado por vezes com fobias e obsessões. Com os trabalhos de Freud e da sua escola, os fenómenos ansiosos passaram para o primeiro plano nas neuropatias, e assim estes neurasténicos passaram a ser chamados ansiosos. As revisões do tema mostram que, à parte a histeria, a neurastenia englobava todas as neuroses e estados neuróticos. Por outro lado, já Beard a considerava doença da civilização e dos problemas humanos que sempre existiram.

As numerosas teses, nomeadamente dissertações inaugurais apresentadas em Lisboa, Porto e Coimbra sobre o tema da neurastenia ficam compreendidas entre 1890 e 1912, datas praticamente coincidentes com as apontadas por Hartenberg. Se incluirmos uma dissertação de 1914, que versa sobre a demência precoce mas inclui o diagnóstico diferencial com a neurastenia, temos que é então entre 1890 e 1914 que a doença é tema de dissertações, desaparecendo depois. Para Pierre Pichot[1], o declínio da neurastenia começa por volta de 1910, sendo as causas principais a extensão progressiva de novas entidades, sobretudo da depressão e depois dos estados ansiosos. Os estados depressivos ultrapassam progressivamente o quadro da antiga melancolia com formas mais ligeiras antes assimiladas à neurastenia. A concepção psicogenética das neuroses invade completamente a psiquiatria depois de 1920, mesmo fora da corrente psicanalítica e os estados ansiosos integram os outros casos de neurastenia. A neurastenia foi assim o protótipo de uma nova doença, um diagnóstico útil, de grande difusão, mas que práticamente desapareceu, revelando que as doenças podiam ser *construídas ou inventadas* e o seu eclipse teve a ver com a reconfiguração

[1] PICHOT, P. – “La Neurasthenie, hier et aujourd'hui". Paris: L' Encephale. XX, (1994), pp.545-549.

classificativa do campo das neuroses, mas o mal-estar que ela revela prolongou-se posteriormente noutras designações[1].

4.9.PATOLOGIAS ORGÂNICAS

No capítulo das psicoses acidentais, Júlio de Matos nos *Elementos de Psiquiatria*[2] dedica o primeiro capítulo à confusão mental, importante quadro clínico que fora bem estudado por figuras significativas da psiquiatria francesa, nomeadamente Chaslin, Séglas e Régis e progressivamente reconhecido e analisado nos hospitais gerais. Matos define-a como “uma psicose nem sempre apirética, tributária de causas de natureza tóxica ou infecciosa, caracterizada fisicamente por fenómenos de desnutrição e mentalmente, por um estado de exaurimento e desorientação, que pode acompanhar-se de erros psico-sensoriais, de ideias delirantes e de agitação motora sem base afectiva”[3]. Seria muitas vezes no começo ou na fase mais intensa das infecções e intoxicações que a confusão mental aparecia. Por outro lado apesar da multiplicidade de causas existia uma real unidade, numa acção comum que se exerce sobre as funções perceptiva e associativa do cérebro e que revela uma homogeneidade de efeitos psíquicos em todos os casos, como mecanismo fisiopatológico essencial. Se os sintomas de esgotamento e obnubilação são exclusivos ou predominantes, era a confusão mental simples; se tomavam relevo as ilusões, alucinações, o delírio e a agitação motora, o quadro era chamado confusão mental alucinatória ou delirante. A primeira também se chamava estupidez, e a segunda acompanhada de febre intensa era o delírio agudo. As causas fundamentais da confusão mental eram as infeções e as intoxicações, quer exógenas quer endógenas[4]. Os sintomas podem ser constantes ou episódicos, uns e outros são físicos ou somáticos e psíquicos e mentais.

Sintomas constantes do lado físico são a cefaleia, as perturbações do sono e alterações nutritivas, e do lado mental atingimento das funções mentais superiores. Do torpor com prostração até ao estupor com suspensão das funções psíquicas, sendo constantes amnésia e desorientação, indiferença e ausência de actividade consciente e ordenada. O afrouxamento na

[1] Anote-se que mesmo desaparecido o diagnóstico, outros quadros sintomáticos dominados pelo esgotamento físico e mental lhe sucederam, nomeadamente o síndrome da fadiga crónica e a fibromialgia. Os estudos de Arthur Kleinman mostram que a “neurastenia” é um conceito popular de doença na China, onde se agrupam sintomas depressivos, ansiedade generalizada e perturbações somatoformes. Ver KLEINMAN, A. – Writing at the margin. Discourse between Anthropology and Medicine. Berkeley: University of California Press, 1997.
[2] MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmão, 1911.
[3] MATTOS, Júlio de, Ibidem, p. 208.
[4] Idem, Ibidem, p. 209.

associação de ideias é na confusão mental consequência da inercia e desordem funcionais do cérebro intoxicado e é típica uma amnésia de fixação, dando depois lugar a uma amnésia lacunar, tal como a desorientação no tempo e no espaço e a dissociação da personalidade[1].

Nos sintomas episódicos são frequentes fenómenos de automatismo psíquico e actividade onírica, com delírios e alucinações. Os delírios confusionais são assistemáticos e as alucinações, visuais e auditivas, geralmente de carácter penoso e por vezes aterrorizante, sucedem-se como nos sonhos. As alucinações relacionam-se geralmente com a profissão e preocupações habituais do doente, e a agitação motora, com actos desordenados e verborreia incoerente.

Por outro lado, são frequentes a febre elevada persistente, o tremor mais ou menos generalizado, a disartria e nalguns casos ataques de tipo histérico, epileptico e comatoso, ou ainda estados cataleptiformes e catatónicos[2]. Termina o capítulo abordando a evolução, o diagnóstico e o prognóstico, pertencendo às afecções curáveis mas tudo dependia da idade e estado geral do doente. Lembra que só recentemente a confusão mental adquiriu notoriedade na psiquiatria, não figurando sequer nas classificações mais conhecidas como a de Magnan, lembrando contributos importantes de Baillarger e mais recentemente de Chaslin, Séglas e Régis.

Quem actualizou depois este tema com mais preocupação de ligação à medicina geral, foi Sobral Cid ao publicar em *A Medicina Contemporânea* dois trabalhos, ambos lições professadas na cadeira de clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Lisboa, (1922-1923), e não publicados nas Obras do autor em 1983 e 1984. Nelas se constata a atenção aos quadros psiquiátricos das doenças agudas, infeciosas e tóxicas e das principais doenças orgânicas.

No trabalho "Psicoses sintomáticas das doenças infecciosas agudas"[3] começa por historiar este conjunto de perturbações, dizendo que ainda não há muitas décadas existia um profundo abismo entre as vesânias, que pelo seu carácter anti-social obrigavam ao sequestro do alienado nos asilos, e as perturbações mentais ligeiras ou tumultuosas, mas em regra de breve duração que acompanham as doenças agudas. Só os delírios vesânicos eram o domínio próprio da psiquiatria; os delírios febris, episódios sintomáticos de doença infeciosa eram

---

[1] Idem, Ibidem, pp. 210-213.

[2] Matos já tinha tratado o tema anteriormente. Ver MATTOS, Júlio de – "As doenças infecciosas na etiologia da alienação mental". Revista Portugueza de Medicina e Cirurgia Praticas. Lisboa. nº 41 (1898), pp.129-141. O próprio António Senna em Delírio das Molestias Agudas já o estudara em 1876.

[3] CID, José de Matos Sobral – "Psychoses Symptomaticas das Doenças Infecciosas Agudas". A Medicina Contemporanea. nº 12 (1923), pp. 89-93; nº 15, pp. 113-117.

assistidos no domicílio ou nos hospitais gerais, não eram observados pelos alienistas e caíam na alçada da clínica geral, constituindo-se assim fora do âmbito da psiquiatria. Só numa época mais recente, com a criação de clínicas psiquiátricas, nomeadamente nos países de língua alemã, distintas dos asilos e organizadas como hospitais especiais para tratamento dos casos agudos de alienação mental, se possibilitou a sua observação pelos alienistas, destacando-se Karl Bonhoeffer, que Cid considera o grande monógrafo das psicoses das toxi-infecções. Em França já existiam em alguns hospitais gerais enfermarias de isolamento para os delirantes agudos e recentemente em alguns asilos foram criadas secções especiais para estes doentes, permitindo a alienistas eminentes, Ballet, Chaslin, Séglas, Régis, proceder à sua plena integração na psiquiatria. Chaslin estudou especialmente a confusão mental[1] e Régis traçou o quadro clínico do delírio onírico, característico das infecções, das intoxicações exógenas e das doenças por intoxicação[2].

Sobral Cid divide as psicoses infecciosas cronológicamente em psicoses iniciais, delírio febril do período de estado, e delírio de colapso, e ainda para grupos especiais na convalescença. A correspondência destas categorias de psicoses com o processo infeccioso com etiopatogenia especial foi imaginada e defendida mas não pôde ser mantida. Ele escreve que Bonhoeffer que criticou Kraepelin por ainda manter distinções ultrapassadas nesta matéria, mostrou que não há etiologia especial para cada caso e não era possível fazer uma classificação etiológica das psicoses infecciosas. A classificação de Bonhoeffer[3] destes quadros era esta: 1) Delírio febril ou onírico; 2) Estados crepusculares de excitação epileptiforme; 3) Psicoses de tipo amencial, de forma delirante, maníaca ou catatónica; 4) Psicoses alucinatórias sem perturbação grave da consciência (alucinoses).

As psicoses da convalescença, por ordem crescente de gravidade, classificavam-se assim: 1) Estados de simples debilidade hiperestesico-emocional; 2) Síndromes amnésicos de Korsakoff com polinevrite; 3) Quadros de défice psíquico ligados a sintomas orgânicos ou lesões gerais focais - perturbações disártricas, paréticas, etc, simulando a paralisia geral.

Passa depois em revista os quadros classificativos começando pelo delírio onírico febril descrevendo muito bem a falsificação ilusionaria no sentido dos complexos ideo-afetivos que em consequência da suspensão das funções psíquicas mais elevadas, se apoderam do campo

[1] CHASLIN, Philippe – La Confusion Mentale Primitive. Paris (1895). In: POSTEL, J. – La Psychiatrie. Paris: Larousse, 1994. pp. 412-420.

[2] RÉGIS, E. – Précis de Psychiatrie. Paris: Octave Doin, 1914. pp. 337-342. (5ª edition).

[3] BONHOEFFER, K.– "Exogenous Psychoses" (1909). In Themes and Variations in European Psychiatry, Edited by Hirsch, S.; Shepherd, M. .Charlottesville: University Press of Virginia, 1974. pp. 47-52.

da consciência. Depois a passagem às alucinações oníricas visuais e o quadro aparatoso de reacção às cenas penosas vivenciadas, com sentimentos de ansiedade e medo, e grande inquietação. Com o crepúsculo surge a falsificação completa do ambiente, com grave excitação, podendo levar à morte ou à recuperação com amnésia onírica do delírio. Depois os outros quadros da classificação de Bonhoeffer, com riqueza psicopatológica, como lembrar que o delírio de ocupação é menos frequente nas psicoses infecciosas do que no alcoolismo, ou que na alucinose se conserva lúcido e orientado e que depois surgem as alucinações auditivas. Sobral Cid acaba pois por definir as denominadas psicoses sintomáticas, avisando que sintomas da esfera catatónica não podem ser considerados sinais patognomónicos da demência precoce pois são também sintomas frequentes das psicoses infecciosas[1].

Conclui que os quadros descritos são válidos para todas as infecções, sem que nenhum se revista de sintomas patognomónicos da infecção responsável, a especificidade do processo infeccioso não se reflete na marcha e na sintomatologia das psicoses que ele determina. Não há psicoses típicas de infecção mas apenas tipos de reacção do encéfalo ante a toxemia, dando depois exemplos de diversas infeccões[2].

Em “Psicoses sintomáticas das doenças gerais e dos órgãos da vida vegetativa” [3], o autor prossegue e desenvolve o tema das psicoses sintomáticas e das psicoses tóxicas, com a citação de Bonhoeffer e Régis, voltando a insistir nas diversas formas clínicas, confusão mental simples ou delirante, delírios alucinatórios, amência, estados epileptiformes que são expressão da reacção encefálica ante a intoxicação. Num trabalho na fronteira com a Medicina Interna, vai analisar quadros clínicos, agudos e crónicos, de variadas doenças, como uremia e eclâmpsia, doenças hepáticas, diabetes, diátese úrica. Chama a atenção para as antigas psicoses artríticas que os progressos da clínica invalidaram e desmembraram. Faz uma curiosa referência nas doenças gastrointestinais à autointoxicação intestinal que a certa altura foi defendida por patologistas como Bouchard, alienistas como Régis e Bettencourt Rodrigues. Sobral Cid já cita trabalhos de Pavlov e Cannon sobre o efeito inibitório dos afectos depressivos sobre as funções secretórias e motoras do aparelho gastrointestinal, podendo supôr-se que as perturbações digestivas dos melancólicos tenham o significado de um sintoma secundário, derivado do seu estado mental. Ainda trata de doenças do coração e da

---

[1] CID, José de Matos Sobral - “Psychoses Symptomaticas das Doenças Infecciosas Agudas”. A Medicina Contemporanea. nº 12 (1923), p.114.

[2] Idem, Ibidem, p. 114.

[3] CID, José de Matos Sobral – “Psychoses Symptomaticas das Doenças Geraes e dos Orgãos da Vida Vegetativa”. A Medicina Contemporanea. nº 10 (1924), pp.73-77; nº 12, pp. 92-94; nº 32, pp. 250-253; nº 33, pp. 260-262.

tuberculose pulmonar, não aceitando uma psicologia própria do tuberculoso, mas admite que por vezes se acompanhe de profundas modificações do carácter. Interpreta o optimismo do tísico como mecanismo psicogénico que apenas exprime a vitória das reações defensivas da personalidade do doente ante o complexo da morte. Na elaboração subjetiva psicogénica do optimismo do tuberculoso haveria algo semelhante ao que se passa com os complexos paranoicos. Quanto às doenças caquetizantes e anemiantes lembra a amência, expressão clínica dos estados de exaustão. Também aqui o autor se baseia em Bonhoeffer e Aschaffenburg para dizer que as psicoses de esgotamento procedem da intoxicação por substâncias nocivas ao sistema nervoso. Termina o trabalho dizendo que a coincidência da doença mental e da doença somática pode resultar da unidade etiológica. Outras vezes a repercussão dá-se por via psicogénica, dada a forte tonalidade afectiva ligada à percepção de certos sintomas.

As psicoses sintomáticas constituem assim um grupo nosológico homogéneo e homólogo ao das psicoses exotóxicas e toxi-infecciosas, manifestando-se indiferentemente pelos mesmos síndromes por que se exprimem as doenças infecciosas e as intoxicações exógenas. O estudo destas psicoses, conclui Sobral Cid, tem contribuído muito para reintegrar a patologia mental na orientação e métodos da patologia interna, e constitui terreno comum onde o alienista e o médico prático se encontram[1]. Mais ainda, diz estar convencido que muitos estados psicopatológicos, especialmente em mais velhos têm sido por vezes considerados psicoses autónomas pela falta de um exame médico aprofundado.

Um trabalho que prolonga esta linha de investigação biológica é *Contribuição para o conhecimento do estado do sistema nervoso da vida orgânica em diversos estados psicopáticos*[2], apresentado como tese de doutoramento á Faculdade de Medicina de Lisboa por Fernando António de Magalhães Ilharco em 1925. Dedicado a Sobral Cid, guia, mestre e amigo, o autor interroga a etiologia geral das doenças e o estado neuro-orgânico dos diferentes estados psicopatológicos, levando em conta os dados anatómicos, fisiológicos, farmacológicos, da patologia e clínica, semiológicos, da história, citando Griesinger e o seu tratado. Valoriza os trabalhos de Sobral Cid, nomeadamente sobre classificação e sobre as psicoses sintomáticas, os trabalhos de Fournier sobre a sífilis, as possíveis relações com a endocrinologia, a possível origem tóxica de algumas psicoses, as pesquisas sobre as reacções

[1] CID, José de Matos Sobral – Ibidem, p. 262.
[2] ILHARCO, F. – Contribuição para o conhecimento do estado do systema nervoso da vida orgânica em diversos estados psychopathicos. Lisboa: Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa, 1925. (dactilografado).

do sistema nervoso vegetativo. Sobre Freud escreve que embora haja imenso de exagerado e porventura errado nas suas teorias do inconsciente, alguma coisa de útil se tem originado nelas, sobretudo sobre do ponto de vista terapêutico das psiconeuroses.

Nas psicoses tóxicas**,** assunto que trata depois da confusão mental, Júlio de Matos[1] desenvolve o tema da pelagra, doença tóxica e geralmente endémica, com sintomas gastrointestinais, cutâneos e nervosos, sendo a causa essencial o uso do pão feito com milho húmido ou incompletamente amadurecido. Encontrava-se preferencialmente no meio agrícola, nas classes pobres, sendo em Portugal confinado a certas regiões do Minho. Miguel Bombarda publicara já um importante trabalho, "A pellagra em Portugal"[2]. No capítulo nervoso, Matos descreve a insónia, a sensação de exaurimento e as perturbações de humor. Classicamente descreviam-se a melancolia e a mania, mas estudos mais recentes demonstravam que a psicose dos pelagrosos era a confusão mental, com variedades asténica e agitada, daí a confusão com estados melancólicos e maníacos. Se a intoxicação for progredindo e se for agravando tende para a demência. Matos afirma justamente que o combate da pelagra tem de ser feito pela profilaxia, pois trata-se de uma endemia cuja causa estava bem determinada. O tratamento era eliminar o milho suspeito da alimentação, dar-lhe uma dieta generosa e tratar as manifestações sintomáticas da doença.

O alcoolismo[3], agudo e crónico, é também estudado por Júlio de Matos descrevendo os seus quadros psiquiátricos diversos: a degenerescência, delírios sistematizados ou paranoides, delírio alucinatório, a pseudo-paralisia geral e o delirium tremens. Ao lado de uma embriaguez fisiológica, reconhece uma embriaguez patológica que se daria nos neuropatas, nomeadamente nos epilepticos, nos histéricos, nos imbecis e nos traumatizados cerebrais, manifestando-se quer por ataques convulsivos, quer por sintomas que se confundem com os equivalentes da epilepsia: impulsos violentos, acessos de furor e estados estuporosos e crepusculares seguidos de amnésia. No alcoolismo crónico descreve os inúmeros sintomas somáticos e psíquicos, os somáticos primeiros por ordem cronológica e os psíquicos num estado muito avançado de intoxicação, descrevendo o delirium tremens, o delírio alucinatório, e os graves quadros orgânicos como o síndrome de Korsakoff.

---

[1] MATTOS, Júlio de - Elementos de Psychiatria. Porto: Livraria Chardron de Lello e Irmão eds., 1911.

[2] BOMBARDA, Miguel – "A pellagra em Portugal. A tetania, a catalepsia e a confusão mental". Revista Portugueza de Medicina e Cirurgia Praticas. Lisboa: M. Gomes, Editor. Vol. I, nº 1 (1896), pp.7-13; nº 2 (1896), pp. 33-42. A descrição de um caso de "pelagra ou mal de la rosa", terá sido a primeira a ser feita em Portugal, com exantema, demência e fenómenos de tetania, catalepsia, e confusão mental, embora a existência da doença já tivesse sido assinalada entre nós.

[3] MATTOS, Júlio de, - Elementos de Psychiatria. Porto: Livraria Chardron de Lello e Irmão eds., 1911. pp. 239-259.

O morfinismo e o cocainismo[1] são descritos como intoxicações crónicas, consideradas quase sempre como tendo origem terapêutica, mas como o uso diminui os seus efeitos, surgia a necessidade de aumentar progressivamente as doses, daí o morfinismo e o cocainismo. Descreve depois os sintomas somáticos e psíquicos, o diagnóstico, o prognóstico e a terapêutica. Mas o trabalho monográfico mais amplo é o que José Augusto Marques da Silva apresentou como tese de doutoramento à Faculdade de Medicina do Porto, *Toxicomania.Opio-Morfina-Cocaína*[2] em 1926, dedicada a Magalhães Lemos, onde considera que o terrível flagelo vai fazendo um tanto às ocultas a sua difusão, sendo urgente uma campanha orientada contra aquele vício social. Em Lisboa, o número de cocainómanos já seria bastante avultado e as consequências já se faziam sentir gravemente apesar da perseguição aos traficantes e de se terem efectuado inúmeras prisões e no Porto as autoridades terem cruzado os braços, apesar de se saber que em muitos clubes o uso da cocaína estava generalizado. Apesar de se ter criado uma brigada especial para reprimir a venda ilegal de tóxicos, proibida por legislação de Fevereiro de 1924 ia sendo significativo o aumento que os narcóticos tóxicos importados sofriam de ano para ano, confirmado pela Estatística Comercial de Importação. O autor descreve alguns casos clínicos, aborda o tratamento mostrando a sua dificuldade pois o único tratamento existente era a supressão do tóxico. Mostra especial interesse no método fisiológico de Sollier que defendia as reduções das doses com quatro fases: período de preparação, período de supressão, período de eliminação aguda e período de convalescença. E já inclui um capítulo sobre Sociologia e Medicina Legal.

O saturnismo[3] ou intoxicação pelo chumbo, era na forma crónica semelhante às perturbações mentais do álcool, mas salienta tratar-se de uma intoxicação profissional, afectando os pintores e tipógrafos, e na forma crónica o prognóstico era muito grave.

Descreve o tireoidismo[4], que pode ser hipo e híper. No hipotireoidismo divide-o em cretinismo endémico e esporádico, mixedema espontâneo dos adultos e mixedema operatório. No hipertireoidismo, analisa a doença de Basedow. Apesar de algumas descrições serem breves, anote-se o progressivo desenvolvimento e reconhecimento de quadros orgânicos importantes que iam redefinindo lentamente a psiquiatria como especialidade médica, nalguns casos profundamente ligada à medicina interna.

---

[1] MATTOS, Júlio de, Ibidem, pp. 260-267 e pp. 268-272.

[2] SILVA, José Augusto Marques da – Toxicomania: Ópio. Morfina. Cocaína. Contribuição para o seu estudo clinico e social. Vila Nova de Famalicão: Tipografia Minerva de Cruz, Sousa e Barbosa, 1926.

[3] MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Livraria Chardron de Lello e Irmão eds., 1911. pp. 272-274.

[4] Idem, Ibidem, pp. 275-293.

No III capítulo das psicoses acidentais onde trata as cerebropsicopatias, Matos começa pela demência paralítica[1], tratando em separado as psicopatias sifilíticas, ou pseudo-paralisia geral sifilítica[2], pelo não reconhecimento da etiologia sifilítica da paralisia geral, tema já anteriormente analisado. (igualmente no alcoolismo crónico menciona a pseudo-paralisia geral alcoólica). Seguem-se a demência senil, a demência pós-apoplética, a psicopatia traumática e a idiotia. Nas psicoses acidentais inclui ainda a melancolia e a mania, conforme já analisado.

4.10. COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS

O primeiro trabalho monográfico em Portugal foi uma dissertação inaugural de José Machado do Valle[3], apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto em 1881 em que admite que o suicídio pode ser causado por alienação mental mas também existe um suicídio livre, baseado em reais motivos e com liberdade de pensamento e de vontade, a que chama espontâneo[4], podendo estar entre os motivos o *taedium vitae* e o *spleen*. Um desenvolvimento curioso do tema é feito por Júlio de Matos no *Manual das Doenças Mentais*, na parte referente à medicina legal dos alienados, no capítulo sobre validade dos actos, onde escreve sobre influência do estado mental que precede o suicídio[5], dizendo que se o suicídio é muitas vezes o resultado de loucura, não é menos certo que pode existir também independentemente da loucura. Outros trabalhos monográficos são a tese de Hygino de Sousa[6], de 1890 em Lisboa e outra dissertação apresentada no Porto, de José Ferreira Viegas[7],[8]. Nos *Elementos de Psiquiatria*[9], Júlio de Matos fala da possibilidade de suicídio nas psicoses afectivas, nomeadamente nas melancolias ansiosas e delirantes. Em 1917, uma tese inaugural é apresentada por Joaquim Gomes de Oliveira e Silva, trabalho feito no Instituto de Medicina Legal de Lisboa dirigido por Azevedo Neves, *Estatística dos suicídios na cidade de Lisboa*[10]

[1] MATTOS, Júlio de, Ibidem, pp. 294-328.
[2] MATTOS, Júlio de, Ibidem, pp. 340-345.
[3] VALLE, José Machado do – O Suicidio. Porto: Typographia Occidental, 1881.
[4] VALLE, José Machado do, Ibidem, pp. 41-49.
[5] MATTOS, Júlio de – Manual das Doenças Mentaes. Porto: Livraria Central, 1884. pp. 346-347.
[6] SOUSA, Higino de – O Suicidio. Lisboa: Typographia Nacional, 1890.
[7] VIEGAS, José Ferreira – O Suicidio Livre em face da religião, da moral e da sociedade. Porto: Typ. de A. F. Vasconcellos, 1901.
[8] Sobre monografias, ver PEREIRA, J. M. – "A propósito de algumas monografias sobre o suicídio em Portugal". Psiquiatria Clínica. Vol. 19, nº 4 (1998), pp. 325-330.
[9] MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmão, 1911. pp. 374-375.
[10] SILVA, Joaquim Gomes de Oliveira e – Estatistica dos suicídios na cidade de Lisboa. Lisboa: Typographia do Annuario Commercial,1917. Trata-se da primeira monografia, onde a influência de Durkheim e da visão

Na introdução, significativamente intitulada: O suicídio na estatística, logo escreve que o conhecimento dos verdadeiros caracteres naturais dos fenómenos da vida social só pode alcançar-se pela estatística. Se a velha filosofia do livre arbítrio tinha admitido ao suicídio o caracter de liberdade e espontaneidade, tornava-se necessário estudá-lo como fenómeno social. Não é o estudo das relações históricas e científicas entre loucura e suicídio que interessa o autor nem demonstrar como as opiniões filosóficas, religiosas e jurídicas se chocam com perturbações mórbidas, pois o autor não quer tratar a causa do suicídio do ponto de vista psicológico ou psiquiátrico, já tratado por Esquirol, Brierre de Boismont e muitos outros. O conhecimento do suicídio ou da tendência suicida, acrescenta, tem hoje lugar importante entre as mais positivas aquisições da psicologia social acabando pois a dependência exclusiva dos sistemas filosóficos e jurídicos. As verdadeiras estatísticas do suicídio só teriam começado nos finais do século XIX na Europa com os estados meridionais a chegar em último lugar. Só em 1886 é que nos Boletins Hebdomadários de Estatística e Demografia se começou a inscrever a rubrica Suicídios, mas constando apenas o seu número nos registos[1]. Apresentou a sua estatística de 1901 a 1915, com os dados sobre frequência, sexo, idade, estado civil, género de morte, profissões, meses e estações, residência. Alguns comentários não deixam de reflectir as ideias do tempo, como “a parte passiva que cabe à mulher em todos os actos fisiológicos e sociais, é a causa exclusiva da aparente contradição que existe entre o fraco e impressionável temperamento dos seus nervos e a sua pequena tendência ao suicídio”[2], ou que a mulher era levada à prática deste acto por causas mórbidas, enquanto no homem predominavam os motivos ligados à dificuldade e concorrência vital.

Faz menção especial aos reclusos, pois são eles que mais contribuíam para o suicídio, assim como para a loucura[3], por isso os legisladores têm introduzido mudanças no sistema prisional penitenciário. Reforça esta ideia de que o sistema penitenciário celular é a primeira causa de suicídio, pois conduzia a um estado psíquico grave de que as doenças nervosas e mentais, a alucinação, a hipocondria, a epilepsia e a sífilis seriam a passagem para o termo suicida[4]. Acrescenta ainda como motivos a vergonha, o remorso de crimes cometidos, o receio das condenações e a própria alienação mental.

---

sociológica é manifesta. DURKHEIM, E. – O Suicídio. Estudo de Sociologia. Lisboa: Presença, 1977. (edição original 1897).

[1] SILVA, Joaquim Gomes de Oliveira e, Ibidem, p. 31.

[2] Idem, Ibidem, p. 46.

[3] Idem, Ibidem, p. 69.

[4] Idem, Ibidem, p. 69.

Nas mulheres fala das tristíssimas condições em que se encontram muitas delas, pelo casamento, principalmente onde a desmoralização dos operários e proletários é maior. No grupo das prostitutas existiria forte tendência suicida, que se pode explicar se admitir a opinião de Lombroso de que seriam sempre anormais psíquicas e a vida de desgraça só contribuía para o seu desequilíbrio nervoso e imperfeição inata[1]. Nas conclusões, o autor afirma que a estatística revela um incremento notável no número de suicídios, a preponderância dos varões, o seu aumento nos dois sexos na razão direta da idade, a preponderância em solteiros, e no género de morte o enforcamento tinha o primeiro lugar, e nas tentativas de suicídio o veneno[2]. As profissões mais atingidas são primeiro os operários e as profissões não intelectuais, com maior ocorrência no semestre mais quente do ano. Conclui ainda que é um fenómeno complexo que tem sido estudado por médicos e sociólogos como fenómeno social que deve ser classificado. O suicídio será assim um mal, uma ofensa feita à sociedade, e é direito e dever da sociedade lançar mão de meios de repressão como o da Lei. A questão da publicidade era importante, ligada à da legislação, como a esta estaria ligada o estudo do suicídio na história, pois que como escreveu Durkheim[3], da ideia que se forme a respeito do suicídio dependerão as medidas de repressão, e entre elas as legislativas. Depois de resumir historicamente e de mencionar legislações várias refere o Código Penal Português que apenas pune aquele que prestar ajuda a pessoa que se queira suicidar. Termina dizendo que entre os factores etiológicos da monomania suicida citam-se a imitação e o contágio, para referir os jornais e para lembrar Sousa Martins que em 1883 referia um acordo que estava prestes a firmar-se, tendente a negar publicidade a quaisquer notícias de casos de suicidas, pois estava comprovada a existência de contágio moral. Chegou a haver suspensão de reportagens sobre o tema, mas o Projeto de Lei sobre publicidade dos suicídios, apresentado em 1894 não conseguiu aprovação. Em Abril de 1895, jornalistas dos principais jornais de Lisboa aprovaram uma proposta de não publicar notícias referentes a suicídios, e levar a cabo uma enérgica campanha contra um acto de cobardia social[4]. Na bibliografia desta dissertação podemos encontrar entre outros os livros sobre o tema de Durkheim, Morselli e Lombroso.

---

[1] Idem, Ibidem, pp. 69-70.
[2] Idem, Ibidem, pp. 94-95.
[3] Sobre o livro de Durkheim de 1897 e as relações com as opiniões psiquiátricas, ver BERRIOS, G., E.; MOHANNA, M. – "Durkheim and French Psychiatric Views on Suicide During the 19th Century". British Journal of Psychiatry. 156, (1990), pp. 1-9.
[4] "Suicidios.-O acordo da imprensa". A Medicina Contemporanea. nº 19 (1895), p.152.

Outra dissertação, apresentada no Porto, intitulava-se *Suicídios e suas tentativas no Porto. Estatística (1900-1915)*[1], de António Ferreira Machado. Também aqui os agradecimentos pela colaboração são para o Instituto de Medicina Legal do Porto e seu director Lourenço Gomes. Embora o suicídio pareça depender exclusivamente de fatores individuais, o autor afirma que em geral as causas de morte estão situadas mais fora do que dentro dos indivíduos, não devendo ver-se nos suicidios acontecimentos particulares, isolados, sem sequência, havendo uma unidade e uma natureza que são absolutamente sociais[2]. Cita o trabalho de Joaquim Silva sobre os suicídios em Lisboa, que parece ter-lhe servido de inspiração, para reforçar as dificuldades, deficiências e erros nos métodos de observação. Apresenta a sua estatística de suicídios de 1900 a 1915, e depois tentativas de suicídios no Porto de 1900 a 1918, anotando que as mulheres são as que maior número de vezes atentam contra a vida, mas as que menor percentagem de suicídios revelam nas estatísticas[3]. Nas conclusões o autor confirma o crescimento do suicídio, considerando que a sociedade portuguesa se instabilizou, que a guerra, a fome e todas as misérias que as acompanham tais como o desenvolvimento de doenças morais deram incremento ao flagelo. Não parece acreditar muito na legislação punitiva, acha que o grande antídoto está em fornecer à sociedade uma educação moral e fisicamente sadia[4].

4.11. ANOMALIAS SEXUAIS

O tema foi progressivamente ventilado, sendo possível perceber a importância fundamental para a evolução dos conhecimentos do livro de Krafft-Ebing *Psychopathia sexualis* [5] que será referência sempre citada. Por exemplo, Miguel Bombarda no trabalho "As noites dos epilepticos"[6] refere-se a certa altura aos homens eminentes que têm feito os maiores serviços à ciência e à justa interpretação dos erros e perversões sexuais. E cita o livro *Psychopathia sexualis* como o mais valioso e útil, por ter vindo trazer a demonstração da tara degenerativa dos invertidos e dos pervertidos. Acrescenta que não são viciosos, são doentes, não devendo inspirar cólera mas compaixão. Acha bem que os códigos se armem contra eles, dado serem

---

[1] MACHADO, António Ferreira – Suicídios e suas tentativas no Porto. Porto: Imprensa Portuguesa, 1919.
[2] MACHADO, António Ferreira, Ibidem, p. 31.
[3] Idem, Ibidem, p. 87.
[4] Idem, Ibidem, pp. 109-110.
[5] KRAFFT-EBING, R. – Psychopathia Sexualis avec recherches spéciales sur l'inversion sexuelle. Paris: Georges Carré ed., 1895.
[6] BOMBARDA, Miguel – "As noites dos epilépticos". Revista Portuguesa de Medicina e Cirurgia Praticas. Lisboa. nº 31 (1898), pp.193-200.

um mal social e se tornar necessário impor motivos determinantes de conduta, mas não "conspurcá-los como culpados do mau uso do seu livre arbítrio"[1].

Krafft-Ebing foi o primeiro autor a levar a cabo uma classificação clínica das psicopatias sexuais. E assim o sadismo, o masoquismo, o fetichismo e o exibicionismo são descritos e também a homossexualidade, a pedofilia, a zoofilia, a gerontofilia e o autoerotismo. Ele considerava perversa qualquer manifestação do instinto sexual que não correspondesse à finalidade natural, isto é, a reprodução[2].

Nos *Elementos de Psiquiatria*[3] Júlio de Matos coloca as aberrações sexuais nas anomalias mentais, um subgrupo das psicoses constitucionais, que compreende também a loucura moral, a paranoia e a imbecilidade, são as degenerescências psíquicas, pois na génese destas psicoses só a hereditariedade podia ser invocada, não desempenhando as causas exógenas o mínimo papel[4]. O autor vai depois estabelecer uma curiosa diferenciação definindo um critério biológico, um critério ético e um critério médico. No critério biológico, os actos sexuais serão normais e anormais, consoante tendem ou não a assegurar a perpetuidade da espécie. O critério ético ou ético-jurídico, subdivide-os em morais e imorais, segundo se conformam ou não com o ritual fisiológico da sexualidade. Finalmente o critério médico define duas ordens de aberrações: as patológicas, traduzindo doenças; e as degenerativas, por anomalias de evolução.

No capítulo das anomalias qualitativas, Matos estuda a inversão, também chamada homossexualidade constitucional e uranismo, que seria muito rara, e distinta da homossexualidade acidental, muito comum. A primeira considera-a uma anomalia, desvio evolutivo, monstruosidade tributária de fatores endógenos, portanto degenerados, já a segunda seria apenas aberração provisória, dependente de causas exógenas e curável. Curiosamente Matos acrescenta ainda os pseudo-invertidos, intersexuais "a quem não só não repugnam as práticas uranistas, mas nelas representam indiferentemente os papeis activo e passivo; seriam libertinos, mas não doentes ou degenerados, conquanto mais ou menos predispostos, considerando-os fora do nosso quadro"[5].

---

[1] Idem, Ibidem, pp. 193-200.

[2] Para uma visão histórica vasta e actualizada do tema: PORTER, R.; TEICH, M. – Sexual Knowledge, Sexual Science. The History of Attitudes to Sexuality. Cambridge: Cambridge University Press, 1994. E sobre as perversões, LANTERI-LAURA, G. – Lecture des Perversions. Histoire de leur appropriation médicale. Paris: Masson, 1979.

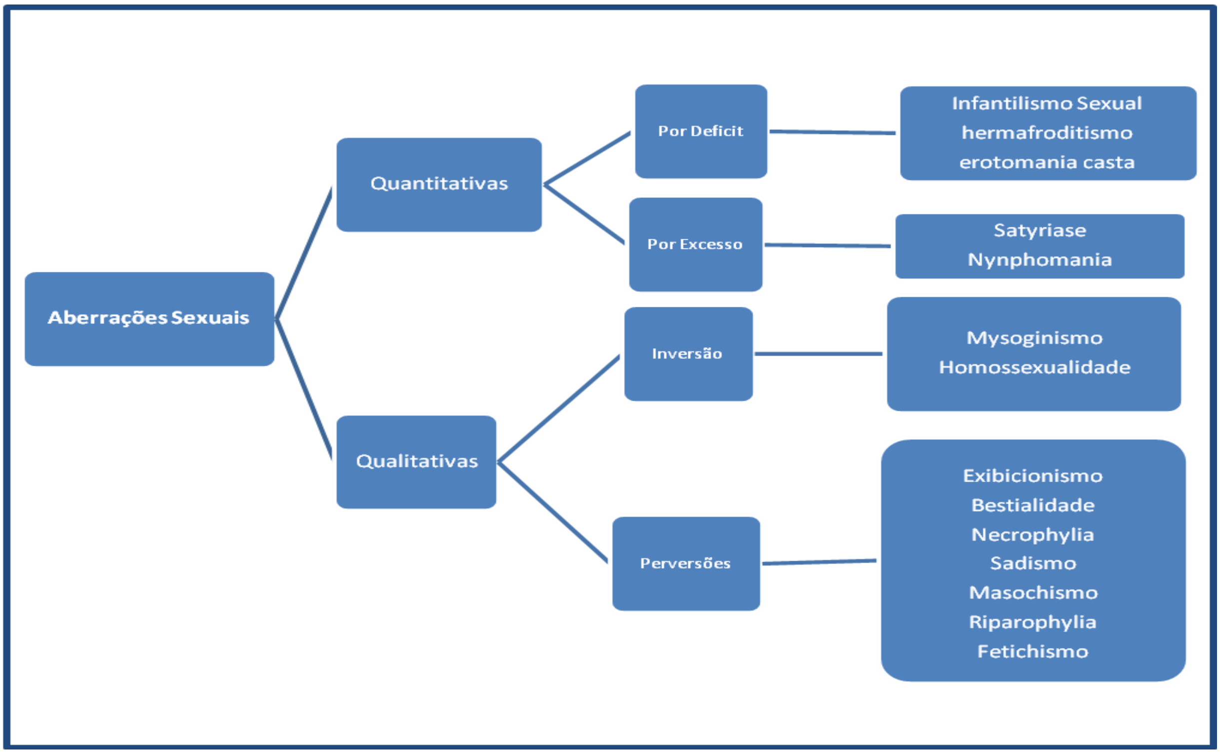
[3] MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmão, 1911.

[4] Idem, Ibidem, p.517. As anomalias sexuais ou aberrações, são actos sexuais que se desviam dos fins supremos da procriação, podendo ser imorais, patológicos, ou degenerativos.

[5] Idem, Ibidem, pp. 524-525.

Nas perversões sexuais considera: "exibicionismo, bestialidade, necrofilia, masoquismo,

Gravura 5 - Esquema construído com base na classificação de Bianchi retirada de *Elementos de Psiquiatria* de Júlio de Matos



sadismo, riparofilia, que consistia em amar o que aos normais inspirava repugnância e nojo, e fetichismo"[1]. Matos utiliza a classificação de Bianchi que reproduz na sua obMas já anteriormente Egas Moniz publicara a obra mais vasta e informada sobre o tema, *A vida sexual*[2], duas dissertações no original, de 1901 e 1902. Nas primeiras edições, na primeira parte tratava da Fisiologia, na segunda da Patologia, mas depois a obra passou a ser editada num único volume, tendo sido publicadas muitas edições. A partir da 5ª edição, de 1922 o autor juntou um prólogo que consistia na Lição do curso de Neurologia sobre "As bases da Psicanálise"[3]. A obra que era informada e pioneira, ficou no entanto algo desequilibrada, pois o prólogo que é uma introdução ao pensamento de Freud, não se harmoniza bem com um texto escrito sob a égide de Krafft-Ebing, entre outros autores, e no capítulo sobre a

[1] Idem, Ibidem, p.525.
[2] MONIZ, Egas – A Vida Sexual. Fisiologia e Patologia. Lisboa: Casa Ventura Abrantes, 1932. (14ª edição).
[3] MONIZ, Egas – "As bases da Psychoanalise. Lição do Curso de Neurologia". A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº 47 (1915), pp. 377-383.

homossexualidade, as perversões e a vida sexual dos alienados, as referências permanecem as dos autores clássicos e dos portugueses Bombarda ou Júlio de Matos.

4.12. NEUROPSIQUIATRIA NA GUERRA.

Há diversos testemunhos vividos das experiencias de combate durante a 1ª Grande Guerra, como os de Augusto Casimiro, Pina de Morais e Jaime Cortesão. Mas do ponto de vista da medicina do seu tempo a publicação de *A Neurologia na Guerra*[1] por Egas Moniz em 1917 constituíu um facto importante pelos conhecimentos e experiencia do autor, pela formação neurológica e psiquiátrica que possuía, pelos contactos que mantinha com os principais centros neurológicos e psiquiátricos em França e também pelas relações pessoais com figuras médicas francesas de renome.

Aproveitando o facto de ter sido nomeado delegado da Faculdade de Medicina de Lisboa a fim de estudar em França os últimos progressos da Neurologia, a que a guerra veio trazer muitos dados novos, o autor resolveu prolongar o relatório que preparou e dar à estampa um livro, destinado especialmente aos estudantes de Medicina.

No livro aborda as lesões do crânio e cérebro, do raquis e da medula e dos nervos periféricos, temas propriamente neurológicos, mas é nos quatro capítulos finais que descreve e reflecte sobre questões neuro-psiquiátricas no contexto da terrível experiencia humana que foi essa guerra em que participaram tropas portuguesas.

No capítulo: Os comocionados, Moniz começa por citar Clovis Vincent que propusera uma divisão dos acidentes nervosos, sem lesão estrutural orgânica, causados pela explosão de obuses e granadas, em emocionais, comocionais e mentais.

O emocionado não perde a consciência e apesar do seu estado é capaz de fugir. O comocionado perde a consciência por um lapso de tempo mais ou menos longo e não sai do lugar onde se deu a explosão. O mental, fica de pé, caminha ao acaso, grita, agita-se, fica em estado confusional. Os dois primeiros acidentes são os mais frequentes, mas estas perturbações na sua evolução tornavam-se quase sempre similares. A questão importante era saber se os acidentes nervosos provocados pela explosão de projécteis na proximidade, constituíam lesões orgânicas dos centros nervosos ou representavam apenas perturbações funcionais, pitiáticas, capazes de se curarem pela sugestão. Os fenómenos comocionais apareciam mais quando os bombardeamentos intensos se prolongavam, provocando certo grau

[1] MONIZ, Egas – A Neurologia na Guerra. Lisboa: Livraria Ferreira, 1917.

de obnubilação e quando a fadiga e mesmo a depressão nervosa predispunham o soldado para as consequências do choque. As perturbações comocionais podiam classificar-se em 3 grupos: *acidentes nervosos, acidentes mentais e perturbações intermediárias*[1]:

Acidentes nervosos — incluíam todas as perturbações que apresentem o carácter clínico dum síndrome neurológico, incluindo as neuroses[2]: as paraplegias, hemiplegias e a astasia-abasia, os tremores, as crises convulsivas, a camptocormia, as perturbações da micção, o lumbago, o torcicolo espasmódico, a cefaleia, a dispneia.

Acidentes mentais — os que apresentam o quadro clínico das diversas psicoses[3]. Estas, ou surgem em indivíduos já predispostos ou com acessos anteriores de loucura, ou são as chamadas psicoses da batalha, que segundo o autor, preferem os predispostos emotivos, os impressionáveis, os nervosos, os neuropatas. Cita Dupré[4] que chamou a esta predisposição constituição emotiva, a que a emoção-choque viria dar o precipitante.

Moniz nota que o traumatismo físico não é necessário para despertar a psicose, bastando a comoção ou simplesmente a emoção causada pelo espectáculo doloroso dos camaradas mutilados ou mortos, associando-se muitas vezes estes dois choques psíquicos, mencionando também as más condições físicas e morais, a fadiga, as marchas excessivas, a insónia da frente da batalha, a imobilidade prolongada na trincheira, o constante sobressalto. A seguir, descreve muito bem as perturbações mentais das psicoses da batalha, caracterizadas por dois grandes síndromes: "o onirismo alucinatório e a confusão mental"[5]. O primeiro é constituído pelo sonho mórbido que se impõe como uma realidade, e que pode transformar-se de sonho mudo em sonho em acção, sendo a base destes sonhos os acontecimentos e incidentes da batalha. E acrescenta parece que tudo isso se vincou tão fundo nas células cerebrais que o doente tem de viver, quer durante o sono, quer em vigília, todo esse temeroso espectáculo da frente da batalha. Por vezes as cenas multiplicam-se, encadeiam-se e é o caso mais banal, outras vezes a cena é única e sempre a mesma, consistindo em geral na revivescência dolorosa das circunstâncias em que se deu a emoção-choque. Ora a visão é passageira, ora o doente a vive inteiramente, continuando-se durante o dia, é o "sonho prolongado"[6].

---

[1] MONIZ, Egas, Ibidem, pp. 224-225.

[2] Moniz incluía nesta rubrica síndromes neurológicos e psiconeuroses na antiga acepção, com sintomas não psicóticos.

[3] Agrupava os quadros psicóticos funcionais e as perturbações mentais agudas a que chama "psicoses da batalha".

[4] Ver DUPRÉ, E. – Pathologie de l'imagination et de l'emotivité. Paris: Payot,1925. pp. 245-256.

[5] MONIZ, Egas – A Neurologia na Guerra. Lisboa: Livraria Ferreira, 1917. pp. 226-228.

[6] Idem, Ibidem, p. 227.

O outro síndrome é a confusão mental: obnubilação, desorientação, amnésia, agitação ou torpor. Aparece bruscamente como a causa que a produz. Não é geralmente de longa duração e manifesta-se também pelo sintoma amnésia. Moniz anota que neste aspecto a psicose confusional das batalhas se aproxima da confusão mental da insolação, da polinevrite, da eclâmpsia, em geral das infecções graves.

Esta amnésia era ao mesmo tempo lacunar, período traumático, retrógrada, ascendendo no passado anterior ao traumatismo, e anterógrada, actual ou de fixação, continuando-se depois do traumatismo, portanto total. Para Régis, a amnésia dos confusos das batalhas, tinha tendência a totalizar-se ao contrário do que acontecia noutros quadros confusionais. Muitas vezes, desaparecem todas as recordações da existência, mas há uma que permanece: a do acontecimento que determinou o choque. Esta recordação, tornando-se ideia fixa e angustiante durante o dia, transforma-se, durante o sono, em alucinação aterrorizante, associação de amnésia com o onirismo alucinatório[1].

Moniz menciona também, mas em muito menor percentagem, outras psicoses (excitação maníaca, estados ansiosos-melancólicos, o delírio vaidoso, ligado a auto-atribuição de graus militares ou invenção de processos infalíveis de destruição das trincheiras inimigas*)*. Em todos estes casos existe também, em regra, amnésia e onirismo alucinatório, aproximando-se dos estados confusionais. A predisposição para as psicoses da batalha, insiste Moniz, não é a mesma que para as vesânias normais, é a predisposição emotiva, já citada. Considera também que os doentes das batalhas se restabelecem em semanas, podendo depois de tratados voltar à frente de batalha, o que não sucede com os outros doentes. Assim os serviços psiquiátricos já organizados em França, despistavam estas situações, afastando os doentes confusos da frente e mandando para os asilos próximos os soldados atingidos de psicoses comuns[2].

Perturbações comocionais intermediárias — Neste grupo, inclui os pertencentes ao mesmo tempo aos acidentes nervosos e aos acidentes psíquicos[3]. Sofrem perturbações da palavra e do ouvido, ora se apresentando como confusos, ora como pitiáticos. Também a gaguez e a disartria são incluídas no grupo, tal como o mutismo[4]. Moniz acrescenta que nestes casos muitas vezes não há lesões orgânicas, escapando frequentemente à investigação anátomo-patológica.

---

[1] Idem, Ibidem, p. 229.

[2] Sabemos hoje que os restabelecimentos não eram tão frequentes e que não eram poucas as situações que evoluíam de forma crónica.

[3] Idem, Ibidem, pp. 230-251.

[4] Idem, Ibidem, pp. 233. Reconhece que há casos de mutismo complexos, que podem ter uma base orgânica.

O autor enfatiza que é possível separar, de maneira segura, as paraplegias, monoplegias e hemiplegias pitiáticas das orgânicas. As primeiras são perturbações funcionais exclusivamente derivadas da comoção provocada pelos explosivos ou qualquer causa emotiva e sempre de fácil cura[1]. E sempre mais facilmente tratáveis na frente do que na retaguarda. A psicoterapia auxiliada pelas aplicações eléctricas mostra ao doente que pode mexer os membros paralisados, actuando também em parte pela dor que o obriga a uma defesa pelo movimento. O tratamento eléctrico, com uma certa intensidade, quer farádico quer galvânico, só deveria ser utilizado em caso de absoluta certeza de um diagnóstico de perturbação funcional.

O capítulo termina com uma perturbação denominada plicatura ou camptocormia que Moniz traduz por encurvação. Os encurvados são indivíduos que após comoção por explosão violenta e próxima, se apresentam dobrados pela bacia e com a cabeça estendida. Inicialmente a posição viciosa seria uma defesa a uma dor dorso-lombar, mas depois a posição seria mantida como hábito. As curas psicoterapêuticas acompanhadas de aplicações eléctricas fortes seriam mais fáceis nos centros neurológicos da frente que nos hospitais da retaguarda, onde a encurvação poderia permanecer[2].

Moniz conclui que os encurvados são, na sua maioria doentes funcionais, mas haveria casos orgânicos com lesão inicial grave, de cura demorada se é que alguma vez era possível, e em que se deve pôr de parte o tratamento psico-eléctrico, por inútil.

Quanto ao prognóstico e orientação posterior, conclui que os comocionados funcionais que são curados rapidamente na frente, ficam em condições de poder cumprir os seus deveres militares. Outros casos que precisam de ser evacuados para a retaguarda com perturbações mais radicadas, embora funcionais, carecem de tratamento prolongado e “não oferecem a mesma garantia de combatividade após a cura”[3].

No capítulo: As perturbações chamadas de ordem reflexa, faz uma revisão histórica da histeria, desde a concepção clássica da época de Charcot, mas depois de Babinski ter renovado o tema a grande maioria dos neurologistas teria aderido às suas novas concepções. Revê as alterações, dos estigmas às simplesmente transitórias, aceita a definição de Babinski que acaba por simplificar dando importância quase exclusiva à sugestão que podia fazer aparecer ou desaparecer os sintomas histéricos.

---

[1] Idem, Ibidem, p. 236.
[2] Idem, Ibidem, pp. 242-248.
[3] Idem, Ibidem, pp. 249-250.

Lembra a discussão de 1908, na Sociedade de Neurologia de Paris, afirmando que as doutrinas de Babinski saíram triunfantes da discussão[1] e acrescenta a sua adesão ao pitiatismo, termo que passou a utilizar na sua prática diária e no ensino.

Moniz pugna por um maior rigor clínico, criticando a excessiva extensão da histeria e considerando que a sugestão não pode alterar os reflexos, que não é possível obter pela sugestão nenhumas perturbações tróficas e circulatórias, defendendo a distinção fundamental entre o que é orgânico e o que é funcional, sendo neste último caso que as aplicações psicoterapêuticas estão indicadas, embora reconheça a existência de casos de muito difícil separação.

Moniz reconhece no entanto que a neurologia de guerra trazia de novo à superfície os esquecidos factos clínicos que Charcot pusera em relevo, curiosamente, com os feridos de guerra, e estas noções aparentemente seguras pareciam entrar em crise, porque começaram a aparecer contracturas e paralisias que não tendo as características das conhecidas afecções orgânicas se distinguem das perturbações funcionais porque os processos psicoterapêuticos são impotentes para as curar.

Babinski e Froment publicam entretanto[2] um estudo pioneiro em que acabam por defender a existência de um grupo autónomo de afecções distintas da histeria que foram chamadas perturbações de ordem reflexa, perturbações fisiológicas, reais, cujo mecanismo é ainda discutível, mas que são inteiramente distintas dos incidentes pitiáticos ou histéricos, apresentando-se sob o aspecto de paralisias ou contracturas, mais ou menos completas e de tipos variados[3].

O capítulo termina com o tratamento, considerando Moniz que os tratamentos psicoterapêuticos não devem ser abandonados especialmente nos primeiros tempos, porque às lesões orgânicas poderão estar associadas, o que é frequente, perturbações pitiáticas[4].

A electricidade e a massagem são os tratamentos fisioterapêuticos mais empregados. Nos casos de contracturas: correntes galvânicas fracas, mobilização activa e passiva suave. Nos casos de paralisia, correntes fortes e exercícios repetidos. Também a diatermia parece

[1] O historiador da psiquiatria G. Berrios, lembra que na discussão da Sociedade de Neurologia de Paris, (1908) a maioria das grandes figuras se pronunciou contra a noção de pitiatismo. BERRIOS, G. E. - The History of Mental Symptoms. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

[2] BABINSKI, J., FROMENT, J. – Hystérie – Pithiatisme et Troubles Nerveux D'Ordre Réflexe en Neurologie de Guerre. Paris: Masson, 1917.

[3] MONIZ, Egas – A Neurologia na Guerra. Lisboa: Livraria Ferreira, 1917. p. 269.

[4] Idem, Ibidem, pp. 280-281.

benéfica. E ainda menciona a alcoolização dos nervos, que como tratamento violento só era aconselhado em casos raros.

No capítulo Simuladores e Exageradores, adopta a definição dada por Gilbert Ballet para simulação: - "Perturbações subjectivas ou objectivas imaginadas pelo indivíduo com o fim de induzir, voluntária e conscientemente o observador em erro"[1].

Da simulação deve aproximar-se o exagero consciente e desejado de uma perturbação real e o prolongamento, igualmente consciente, dum sofrimento verdadeiro.

Quando a confissão de simulação é feita ao médico, deve ser considerado um caso de segredo profissional. O simulador será dado como curado mas nenhum procedimento disciplinar deve cair sobre ele, conclui Moniz. O princípio do segredo profissional não deve ter excepções. Os casos suspeitos devem ser sujeitos a dupla vigilância, médica e disciplinar.

Ao lado dos verdadeiros simuladores há os simuladores inconscientes, que precisam de cuidados psicoterapêuticos especiais com isolamento e disciplina militar rigorosa. Déjerine pensa que se exagera, ao considerar casos de simulação, muitos que o não são[2]. Moniz acha que ao lado da emoção se deve colocar a comoção nervosa, e acha como Dupré que há doentes que passam da sugestão à simulação e vice-versa, por fases: comoção, emoção, sugestão, exagero, simulação, reivindicação. Babinski acha que quando se procede com energia e se alcança a autoridade sobre estes simuladores mais ou menos conscientes, há resultados positivos rápidos. A questão dos simuladores inconscientes, perece-lhe insolúvel, porque não há forma objectiva de diferenciar estes estádios. A dificuldade de distinguir simulação e psiconeurose é evidente, acaba por concluir Moniz, e há que aplicar os tratamentos já descritos pois para a intervenção terapêutica esta dificuldade não tem importância. Há casos em que para os simuladores há que recorrer à ameaça do Conselho de Guerra, a aplicações eléctricas mais violentas, e a medidas de isolamento e vigilância. Acaba por concordar que há muitos casos de dúvida entre os simuladores e os que o não são e as relações entre simulação e psiconeurose são de tal modo íntimas que Dupré deve ter razão ao dizer "que é fácil passar da simulação à auto-sugestão e vice-versa"[3].

No último capítulo: Os Direitos dos Feridos de Guerra[4], começa por se referir ao processo de Tours, que envolveu o neurologista Clovis Vincent, discípulo de Babinski e a electroterapia –

---

[1] Idem, Ibidem, p. 283.
[2] Idem, Ibidem, p. 287.
[3] Idem, Ibidem, p. 295. Sobre as relações entre simulação, sugestibilidade, constituição emotiva, mitomania, histeria e patologias da imaginação ver DUPRÉ, E. – Pathologie de L'Imagination et de L'Émotivité. Paris: Payot, 1925.
[4] MONIZ, Egas – A Neurologia na Guerra. Lisboa: Livraria Ferreira, 1917. pp. 297-329.

o torpedeamento, que foi denunciada como um tratamento violento. Embora considerasse o tratamento doloroso, Moniz apoia Clovis Vincent considerando muito exagerados e injustos certos comentários que foram feitos. O termo torpedeamento também lhe parece infeliz, mas Moniz acha-o inofensivo, também utilizado em Portugal e que terá conseguido levar à frente de batalha muitos soldados considerados perdidos para os deveres militares.

Considera que não compete ao médico pedir medidas disciplinares, mas querer toda a liberdade para bem tratar os doentes e obter a sua cura. Pelo que decide continuar a usar o tratamento eléctrico, usado durante muitos anos na prática corrente e que passou a ser considerado uma crueldade revoltante. Acaba por dizer "podem considerar-se assentes não tanto os direitos dos feridos, como os direitos dos médicos sobre os seus doentes. Não para os tratar violentamente, mas para poder empregar a sua força de persuasão sobre os infelizes que sentiram desfalecer a sua vontade na recordação das cenas sangrentas e emocionantes da frente"[1].

Que um livro publicado em 1917 aborde estes temas com a profundidade com que Egas Moniz o faz, só não é surpreendente, porque sempre abordou temas novos de forma conhecedora e corajosa. Divulgou desta forma os quadros clínicos desencadeados na frente de guerra, que estavam a ser discutidos e interpretados em todos os países envolvidos no conflito, sendo apresentados de diversas formas, consoante os países envolvidos. Nos países Anglo-saxónicos criou-se o termo shell-shock, para designar patologias causadas por explosivos, sem traumatismo externo, que produziam um quadro de alterações nervosas ou emocionais. Nesta obra de Moniz as influências e as fontes, são quase exclusivamente francesas, nunca menciona aquele termo. É o primeiro grande trabalho publicado em Portugal sobre este tema e revela-se uma importante contribuição para a pré-história do que hoje se designa como stress pós-traumático.

Babinski, um grande neurologista que foi discípulo e defensor das concepções de Charcot, veio a ser mais tarde o principal artífice do desmembramento da histeria[2]. Babinski e Pierre Janet são os representantes das orientações neurológica e psicológica dessa escola, Janet encabeçando a nova concepção das neuroses do ponto de vista psicogénico e Babinski do ponto de vista neurológico, será responsável pela importante depuração do campo clínico da histeria. É necessário lembrar que na obra de Freud e Janet, a histeria presidiu ao nascimento da psiquiatria dinâmica e que Breuer e Freud fizeram as primeiras pesquisas sobre o

[1] MONIZ, Egas, Ibidem, p. 328.

[2] LÓPEZ PIÑERO, J. – Del hipnotismo a Freud. Orígenes históricos de la psicoterapia. Madrid: Alianza Editorial, 2002.

mecanismo psíquico dos fenómenos histéricos sob influência directa dos trabalhos clínicos e experimentais de Charcot e Janet.

Pelo contrário torna-se evidente a limitação feita por Babinski e Moniz da histeria a representações acessíveis à vontade consciente. Em termos terapêuticos ambos recorriam a procedimentos mais físicos que psicológicos, pois além da persuasão verbal, utilizavam a electrização e tratamentos bruscos, métodos curativos de claro fundamento racional. Por outro lado é nítida a dificuldade em diferenciar a histeria da simulação, tendo Moniz escrito no preambulo deste livro que a simulação não representa assunto novo, porque o "pitiatismo roça muitas vezes pela simulação"[1]. Tratamentos como o torpedeamento de Clovis Vincent ora eram aceites pelo doente e este era considerado pitiático ou se eram recusados, o doente era considerado um simulador. Compreende-se que alguns estudiosos considerem que esta dificuldade de diferenciação revele uma reacção negativa da mentalidade anátomo-clínica da escola francesa para tentar explicar o seu fracasso ante a histeria[2]. Moniz partilhava completamente as teses de Babinski, de quem era amigo pessoal, defendendo-as neste livro. Estas concepções tinham limitações, mas tal não retira a enorme importância desta obra informada, que tentava abarcar todos os problemas que se colocavam na altura, relacionados com os combatentes da guerra e o seu sofrimento psicológico. Embora breve, merece referência um dos artigos publicados por A. H. Bizarro nas páginas de *A Medicina Contemporânea* onde refere casos de shock e comoções nervosas diversas[3].

Com a participação de Portugal na Grande Guerra de 1914-1918 questões novas e diferentes se colocaram. António Aurélio da Costa Ferreira bateu-se pelo reconhecimento dos diversos inválidos de guerra e pela necessidade da sua ajuda e recuperação e entre eles dos inválidos psíquicos com graves e persistentes perturbações da sua mentalidade. Chama em especial a atenção daqueles que depois dum grande choque emotivo, ficavam como que atacados de uma espécie de anafilaxia emotiva, convertidos em inválidos morais e inválidos da coragem, encontrando-se neles os síndromes psiquiátricos conhecidos, apenas desencadeados pela guerra. Considera desejável que se pesquise os estigmas morfo-fisio-psicológicos dos desequilibrados da mente, principalmente os estigmas de que Dupré chamava a constituição emotiva, pois poderiam ser colocados em serviços onde os choques emotivos fossem menos

---

[1] MONIZ, Egas – A Neurologia na Guerra. Lisboa: Livraria Ferreira, 1917. p. 4.

[2] LÓPEZ PIÑERO, J.; MORALES MESEGUER, J. – Neurosis y Psicoterapia. Un estudio histórico. Madrid: Espasa-Calpe, 1970. pp. 300-309.

[3] BIZARRO, A. H. – "Medicina e cirurgia de guerra". (Quatorze meses de prática). A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº 45 (1915), pp.361-365.

violentos, e não viessem a contagiar ou impressionar os outros. Os inválidos psíquicos da guerra deveriam ser selecionados num centro neuropsiquiátrico e depois distribuídos por hospitais, asilos, para casa ou para secções especiais, ou ainda para estancias hidroterápicas para fazer o tratamento moral. Para os que forem para os asilos, defende que "se leve a esses asilos o que é mister que entre nós a eles se leve: a escola e a oficina"[1]. Também em 1917, o redactor de *A Medicina Contemporânea*, António de Azevedo em "Os médicos e o serviço militar"[2] referia que os colegas Almeida Garrett e Jaime Cortesão apresentaram um projeto-Lei criando no serviço de saúde do exército em campanha serviços especiais de cirurgia, ortopedia, reeducação de mutilados, oftalmologia, neurologia e psiquiatria, venereologia, análises clínicas e radiologia. Menção especial merece *A guerra e o pensamento médico*[3] de Ricardo Jorge, discurso pronunciado em 5 de dezembro de 1914 na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa e depois publicado em português e francês, que é uma funda exortação contra a guerra, negação da própria Medicina, barbárie primitiva e critica a perversão espiritual reinante na Alemanha e que virá a provocar uma polémica com uma revista alemã que cortou a permuta com *A Medicina Contemporânea*.

4.13.LOUCURA PENITENCIÁRIA.

A questão da loucura penitenciária foi tema muito ventilado em finais do seculo XIX e princípios do século XX, principalmente agitado por Miguel Bombarda e acabou por ocasionar uma polémica com Júlio de Matos, valiosa porque reveladora de preocupações sociais e das diferenças ideológicas entre os dois alienistas. A propósito de uma tese inaugural defendida na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa por João Gonçalves[4], Bombarda veio lembrar que a inflexível severidade das primeiras penitenciárias da Pensilvânia estava abandonada, mas que em Portugal era ainda praticada a lei do absoluto isolamento que é igual para todos os reclusos sem ter em conta que devem ser tratados conforme as circunstâncias do crime e os antecedentes e as qualidades de espírito de quem o praticou. Deveria haver além da individualização da pena a individualização da sua aplicação, não se tratando só de uma questão de coração mas também de razão e de interesse social. Esta questão conduzia ao lado

[1] FERREIRA, A. A da Costa – "Invalidos de guerra. VII. Invalidos Psychicos". A Medicina Contemporanea. nº 11 (1917), p. 86.
[2] AZEVEDO, António de – "Os medicos e o serviço militar". A Medicina Contemporanea. nº 26 (1917), p. 207.
[3] JORGE, Ricardo – A guerra e o pensamento médico. Lisboa: Edição da Sociedade das Sciencias Medicas, 1914.
[4] GONÇALVES, João – A Loucura da Penitenciaria de Lisboa. Lisboa: Imprensa de Libanio da Silva, 1899.

médico do problema pois a aplicação rígida do isolamento celular era responsável pela eclosão de doença mental, haveria pois uma loucura da penitenciária; a terrível situação de isolamento entre quatro paredes, acarretava "um formidável abalo cerebral actuando quase como um traumatismo; uma espantosa concordância das formas delirantes onde a natureza persecutória do delírio e o seu conteúdo se repetiam na maior parte dos casos"[1]. Critica severamente a ideia que na penitenciária só se fazem loucos os predispostos, pois o factor degenerativo neste caso não tem fundamento e a "fatalidade do crime tanto pode vir dum cérebro monstruoso como dum meio social perturbador"[2]. Acrescenta que não há relação directa entre a diminuição da criminalidade e o excessivo rigor da repressão como Herbert Spencer tem reflectido. Bombarda apela a ideias mais justas e a sentimentos mais benignos e à compaixão[3]. Na revista, no excerto da referida tese, o autor, inspirado em Bombarda, depois de efectuar o seu estudo na penitenciária de Lisboa, constata um enorme predomínio do delírio sistematizado, concluindo ser a paranoia persecutória a psicose da penitenciária de Lisboa, consequência de "estados de excitação que sujeitos à terapêutica apropriada não se transformariam em delírios sistematizados"[4]. Numa nota reveladora, Gonçalves escreve que não se julgue que admite apenas a existência do criminoso como um produto exclusivamente atávico, acrescentando ter a sociedade também papel importantíssimo na criminalidade, e que em parte perfilha, citando Afonso Costa, nos comentários ao Código Penal Português, que "o crime tem sido a infracção das condições de existência da classe dominante ou do poder social constituído no interesse dessa classe"[5].

A raiz de toda a polémica esteve no trabalho "La folie pénitentiaire"[6] comunicado ao VIIº Congrés de L'Union Internationale de Droit Pénal que teve lugar em Lisboa em 1897, onde Bombarda levanta frontalmente o tema, na altura muito discutido, da loucura penitenciária, referindo um recente congresso de antropologia criminal realizado em Genebra, onde surgiram opiniões antagónicas. Naecke afirmava que a causa principal das alienações mentais estava no próprio indivíduo e nas suas predisposições, que não existia psicose penitenciária característica e Marro que asseverava que a psicose penitenciária existia como psicose

[1] BOMBARDA, Miguel – "Regimen penitenciario". A Medicina Contemporanea. nº 50 (1899), pp. 429-430.
[2] Idem,Ibidem, pp. 429-430.
[3]Idem, Ibidem,, nº 50, (1899), pp. 429-430. No mesmo número da revista publica-se um excerto da referida tese de João Gonçalves, "A Loucura da Penitenciaria", pp. 431-432.
[4] GONÇALVES, João – "A Loucura da Penitenciaria". A Medicina Contemporanea. nº 50 (1899), p.432.
[5] GONÇALVES, João – A Loucura da Penitenciaria de Lisboa. Lisboa: Imprensa de Libanio da Silva, 1899. pp. 5-6.
[6] BOMBARDA, Miguel – "La Folie pénitentiaire". Note comuniquée au VIIº Congrès de L'Union Internationale de Droit Pénal tenu à Lisbonne les 20-24 avril 1897. Revista Portugueza de Medicina e Cirurgia Praticas. nº14 (1897), pp.33-40.

específica, provocando o regime celular um estado mórbido. Bombarda realizou o estudo dos doentes vindos da penitenciária para Rilhafoles, entre 1892 e 1896, num total de 37 doentes, constatando o predomínio das paranoias adquiridas (forma persecutória), sobre todas as outras formas de doença (23 casos; 62,2%); os casos de proveniência comum eram 10,5% para o mesmo tipo de patologia. Conclui que o regime penitenciário de Lisboa favorecia uma forma especial de alienação mental, e que o regime celular, que em Portugal podia chegar aos 8 anos, favorecia esse desenvolvimento[1]. Anota ainda o grande número dos que têm ideias de envenenamento, ideias de grandeza que surgem cedo e frequência de alucinações visuais, completamente distinta da forma penitenciaria para a forma comum. Para reforçar a sua tese, revela que a degenerescência traduzida em estigmas físicos é pouco marcada e portanto grande parte dos examinados possuíam uma estigmatização muito pequena, estando pois demonstrada a acção nociva do regime celular sobre a vida psíquica dos prisioneiros e a existência de uma psicose penitenciária.

Bombarda volta ao tema em 1903[2], a propósito de um projecto de lei que isentava do regime celular os cegos, os surdos-mudos e os velhos, que considerou um primeiro passo na alteração do regime penitenciário. Critica depois o livro *Sociologia Criminal* de Mendes Martins[3], por afirmar, que não haveria loucura produzida pelo regime celular. Ora Bombarda acha que a loucura produzida pelas prisões, especialmente pelo regime celular era reconhecida pelos mais eminentes alienistas e ele próprio não fez mais do que reconhecê-la nos alienados que a penitenciária de Lisboa remetia para Rilhafoles, trabalho que apresentara ao congresso de Direito Penal. E vai socorrer-se de citações de Krafft-Ebing, Schüle e Kraepelin para reforçar as suas conclusões. Acontece que o livro de Mendes Martins fora prefaciado por Júlio de Matos, que no prefácio menciona Bombarda por este ter referido a existência de alucinações visuais nos perseguidos penitenciários, que Matos considera raros e não exclusivos daquele grupo de doentes.

Bombarda replica que o que escrevera foi que as alucinações visuais eram frequentes naquele grupo, o que diferenciava da paranoia comum, onde eram raridade (fora do alcoolismo) e termina criticando que se retenham na penitenciária doentes que deviam sim ser hospitalizados[4].

---

[1] Idem, Ibidem, p. 37.
[2] BOMBARDA, Miguel – "Regimen penitenciario". A Medicina Contemporanea. nº 6 (1903), pp. 45-46.
[3] MARTINS, J. Mendes – Sociologia Criminal (estudos). Lisboa: Tavares Cardoso & Irmão, 1903.
[4] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, p. 46.

Júlio de Matos responde nas páginas da mesma revista "Em torno de uma questão…decidida"[1], onde lembra que foi no Congresso de Direito Penal de 1897 que Bombarda defendeu a existência de uma psicose penitenciária, tendo voltado de novo a escrever que existe uma forma de loucura produzida pelo regime celular de encarceramento. O livro de Mendes Martins impugnava essa tese e Matos recorda que no prefácio da obra também se pronunciara desfavoravelmente, vindo agora contestar que a questão esteja decidida como pretendia Bombarda e que os alienistas citados apenas colocam a prisão como uma causa de loucura tal como a civilização, a idade, o sexo e as profissões, ou seja, como predisposições. Acrescenta que mesmo que estatisticamente haja cifra superior à que se encontra na população livre, há uma grande distancia para a afirmação de que o regime celular produz uma psicose distinta, específica e bem caracterizada, e vai socorrer-se dos mesmos autores (Krafft-Ebing, Schüle e Kraepelin) para afirmar que as formas de loucura nas prisões são as mesmas da vida corrente, modificadas pelas especiais condições higiénicas, sociais e disciplinares da prisão. Portanto a maior parte dos elementos eficientes da loucura vêm de condições inerentes aos prisioneiros, predisposições individuais, e como exemplos dá variedades de melancolia e uma paranoia persecutória em que as alucinações auditivas têm papel importante. Mas Matos vai mais longe e cita autores anteriores como Marcé, Baillarger e Ferrus que salientavam o facto de muitos condenados serem fracos de espírito, degenerados e candidatos à loucura, tendo pois uma opinião algo diferente dos alienistas mais modernos, para os quais a prisão desempenha papel mais importante. Matos reforça a ideia que os crimes que levam ao cárcere traduziriam quase sempre uma inferioridade psíquica, de modo que neles avultam os predispostos, os "degenerados em busca de um pretexto para se lançarem nas formas caracterizadas e definidas da alienação mental"[2].

No mesmo número da revista Bombarda faz uma recensão virulenta do livro de Mendes Martins[3], dizendo que parte do livro é pouco mais ou menos feito de trabalhos apresentados em congressos de direito penal, em que teria acrescentado coisas novas que mal aprendera da paranoia nos livros italianos e na obra de Júlio de Matos, e que para parecer moderno, rejeitava o livre arbítrio e a responsabilidade, mas depois "não pode despir a velha túnica

[1] MATTOS, Júlio de – "Em torno de uma questão…decidida I". A Medicina Contemporanea. nº8 (1903), pp. 62-64.
[2] MATTOS, Júlio de, Ibidem, p. 64.
[3] MARTINS, J. Mendes – Sociologia criminal (estudos). Lisboa: Tavares Cardoso & Irmão, 1903.

filosófica da responsabilidade e acaba por admitir a responsabilidade parcial nos alienados e por isso e expressamente no homem normal"[1].

Na segunda parte da sua resposta[2], Matos passa em revista o texto de Bombarda de 1897, tentando mostrar que as ideias de grandeza aparecerem mais precocemente nos perseguidos penitenciários do que nos perseguidos comuns não encontra validação em qualquer autor de referência e também a percentagem frequente de alucinações visuais não está em consonância com os melhores observadores que só encontram alucinações auditivas. Sobre o tema da predisposição, em que Bombarda encontra fraca estigmatização, Matos responde que a degenerescência paranoica se não avalia pela estigmatização física, e termina dizendo que a memória que foi apresentada ao congresso de 1897 foi construída sobre dados insuficientes, sem método, falha de rigor, e não sobreviverá a esta controvérsia local[3].

Bombarda responde ainda[4]lembrando que o sistema penitenciário em vigor em Lisboa é o da absoluta separação celular (sistema de Filadelfia ou de Pensilvânia) e que Krafft-Ebing afasta este sistema, que os seus efeitos nocivos são reconhecidos, mas para ele a prisão celular é factor decisivo para o desenvolvimento da alienação mental, e que para os mesmos indivíduos a alienação não apareceria se fosse um regime colectivo. Cita de novo os mesmos alienistas (Krafft-Ebing em especial) ao dizerem que o prognóstico é melhor ou até se alcança a cura, quando se transferem os doentes, pois o mal é provavelmente ocasionado pelo isolamento. Conclui que a alienação produzida pelo regime celular não se daria se tivessem sido colocados noutro regime, dizendo a Matos que "o meu sentimentalismo tem boas raízes nos factos e que o ponto de vista filantrópico oferece valor bastante grande; acha que a questão capital para todos é que se deve pedir a reforma do regime penitenciário em vigor"[5].

Júlio de Matos[6] dirige-se ainda com elegância a Bombarda, dizendo que o que estava em causa e continua a estar, é afirmar ou negar uma psicose penitenciária, e que se há nos seus escritos uma deficiência, ela proveio de uma incompreensão que subsiste e não do desconhecimento de elementares deveres de crítica. Bombarda[7] em nota a seguir responde no

---

[1] BOMBARDA, Miguel – Bibliographia. J. Mendes Martins – Sociologia criminal (estudos). A Medicina Contemporanea. nº 8 (1903), pp. 64-67. O visado respondeu às críticas. MARTINS, J. Mendes – Justa defesa. Lisboa: Tavares Cardoso & Irmão, 1903.

[2] MATTOS, Júlio de -"Em torno de uma questão… decidida II". A Medicina Contemporanea. nº 9 (1903), pp.73-75.

[3] MATTOS, Júlio de, Ibidem, p.75.

[4] BOMBARDA, Miguel - "A loucura penitenciaria". A Medicina Contemporanea. nº 10 (1903), pp. 81-83.

[5] Idem, Ibidem, p. 83

[6] MATTOS, Júlio de – " A Loucura Penitenciaria". A Medicina Contemporanea. nº 11 (1903), pp. 90-91.

[7] BOMBARDA, Miguel – "A Loucura Penitenciária". A Medicina Contemporanea. nº 11 (1903), p.91.

mesmo tom civilizado precisando pormenores principais do que quis dizer servindo-se mesmo do original em francês.

Parece interessante o facto de os dois alienistas esgrimirem argumentos utilizando práticamente os mesmos autores com distintas referências, quando o que se torna patente é que as diferenças de opinião radicavam na valorização que faziam do meio ambiente e do meio prisional, que para Bombarda era influência importante e possível factor no adoecer mental, e Matos que a achava pouco determinante face à importância fundamental dos factores bio-antropológicos.

Bombarda ainda volta ao tema em 1905, nas "Observações clínicas e casos médico-legais"[1] em que examina por solicitação do juiz, um réu preso, acusado de ofensas corporais ao mestre da oficina de marceneiros da penitenciária. O réu estava preso desde 1897 e cumpria pena de 10 anos de prisão celular, por homicídio voluntário. Apresentava estigmas degenerativos pronunciados e era um doente em que a forma clínica revestia os mesmos caracteres habituais nos loucos penitenciários, um delirante com ideias de perseguição e alucinações auditivas, ligado de modo evidente ao acto criminoso praticado. Como o próprio Bombarda anotou antes do relatório, "vamos ver como aquela prisão aumenta o número dos doidos que recebe com os que ela própria faz, sejam predispostos ou não, mas que ela faz"[2].

Novamente no mesmo jornal publica-se "Regimen penitenciário", fragmento do discurso pronunciado na Camara dos Deputados por Miguel Bombarda[3]. O jornal acrescenta que não se publica a 1ª parte porque pelo seu caracter exclusivamente político, não teria o melhor cabimento no jornal. Reiterando de forma veemente que o sistema celular está condenado em toda a parte e que não se podem castigar criminosos com a loucura, protesta ainda com o facto de o tempo que o criminoso passa em Rilhafoles não contar para a pena. Considera pois que vêem aqui sofrer uma pena para a vida inteira, quando "não se trata de uma loucura enraizada, mas aderente e que se solta logo que cesse a causa que principalmente a produziu"[4]. Propõe assim a revogação do artigo do Código Penal e sua substituição retirando a execução da pena quando estiverem em intervalos lúcidos, ficando na sua proposta que nos criminosos que enlouqueceram depois de cometido o crime, se interrompia o processo de acusação até que recuperem o uso normal das suas faculdades mentais. Propõe ainda que se nomeie uma

[1] BOMBARDA, Miguel – "Os doidos na Penitenciária". A Medicina Contemporanea. nº 44 (1905), pp. 347-348.
[2] Idem, Ibidem, p. 347.
[3] BOMBARDA, Miguel – "Regimen penitenciario" (Fragmento de um discurso pronunciado na Câmara dos Deputados). A Medicina Contemporanea. nº 28 (1908), pp. 217-220.
[4] Idem, Ibidem, p. 220.

comissão de inquérito que estude os efeitos do regime penitenciário tal como é aplicado em Portugal e a necessidade de o modificar no sentido do sistema de Auburn ou do sistema progressivo[1].

Júlio de Matos nos *Elementos de Psiquiatria*, no capítulo sobre etiologia menciona a prisão celular para enfatizar que "a descrição da pretendida loucura penitenciária é tudo quanto há de mais vago e de mais contraditório nos autores"[2]. Para ele, na génese da loucura observada nos cárceres, o principal papel é representado pelos factores individuais ou endógenos, e na sua grande maioria, os condenados a penas graves são degenerados hereditários, de uma organização imperfeita e candidatos congénitos à loucura. A prisão, celular ou colectiva, poderia constituir quando muito, um pretexto.

Uma muito interessante tese sobre o tema, *Loucos da penitenciária*[3], de Joaquim Luiz Pereira Trindade, apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa volta a abordar o tema, agradecendo o autor a Sobral Cid a orientação do trabalho. A revisão efectuada é informada, já mencionando o síndrome de Ganser[4] como um estado crepuscular de natureza histérica, em indivíduos presos, caracterizado por respostas absurdas, mas aproximadas, dando a impressão que perceberam as perguntas, e o carácter erróneo da resposta. Comenta a polémica entre Bombarda e Matos, refere a tese de João Gonçalves que partilha a opinião de Bombarda, e desenvolve o tema com contributos de vários autores que se debruçaram sobre o tema[5]. A conclusão da tese de Trindade é que não lhe parece que haja uma psicose carcerária como nova entidade mórbida, mas a influencia do meio prisional não seria inofensiva e haveria intensas reacções psicogénicas[6] sob influência do meio, mas não específicas da penitenciária, havendo muitos outros exemplos. Mas afirma depois que o isolamento celular predisporia para as psicoses delirantes de forma alucinatória. A loucura penitenciária[7] não devia pois

---

1 Idem, Ibidem, p. 220.

2 MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Lello & Irmão, 1911. pp. 38-39.

3 TRINDADE, J. P – Loucos da penitenciária (considerações clínicas). Évora: Minerva Commercial, 1914.

4 Ver GANSER, S. J. M. – "A Peculiar Hysterical State". In HIRSCH, S.,SHEPERD, M. – Themes and Variations in European Psychiatry. Charlottesville: University Press of Virginia, 1974. pp. 67-73. Sobre o síndrome de Ganser ver ENOCH, D.; BALL, H. – Síndromes raros en psicopatologia. Madrid: Triacastela, 2007. pp. 99-122.

5 Trindade já cita no seu trabalho: NITSCHE, P.; WILMANNS, K. – The history of the prison psychoses. New York: The Journal of nervous and mental disease, 1912.

6 O autor escreve que no entanto lhe parece importante notar que estes estados psicogénicos são mais frequentes na penitenciária que nas prisões comuns.

7 Na nota de recensão à dissertação, António de Azevedo enfatiza a conclusão do autor de que como espécie mórbida definida, a loucura penitenciária não entrou nem deve entrar no quadro nosográfico das doenças mentais. AZEVEDO, A. – "Analyses. Loucos da Penitenciária por J. Pereira Trindade". A Medicina Contemporanea. nº 20 (1914), p. 162.

entrar no quadro nosográfico das doenças mentais, numa conclusão que pretende fazer uma espécie de ponte entre a concepção de Bombarda e a de Matos.

5. PROGRESSOS NO DOMÍNIO PSICOPATOLÓGICO E PSIQUIÁTRICO

No âmbito psicopatológico Miguel Bombarda, Júlio de Matos, Magalhães Lemos, Sobral Cid, Egas Moniz e Alberto Brochado publicaram trabalhos importantes. A primeira referência é o Relatório do Hospital do Conde de Ferreira[1] redigido por António Sena onde colaboraram Júlio de Matos e Magalhães Lemos. O desenvolvimento e a evolução da psicopatologia está intimamente ligada à evolução atrás enunciada e progrediu com o interesse crescente pelos factos psicológicos e pela sua génese. Só após a primeira Grande Guerra se pode considerar mais ou menos completada a psicopatologia descritiva com a incorporação da nova psicologia dinâmica[2]. Em Portugal só na segunda década do Século XX, se terá esboçado com mais clareza tal evolução, o que não impede que se considere que foram publicados trabalhos com riqueza, significado e inovação na área psicopatológica.

A psicopatologia, o seu estudo, o seu ensino e divulgação deve muito a Júlio de Matos. Todas as limitações que se lhe possam apontar, decorrentes do seu positivismo evolucionista, não podem iludir o facto de ter escrito sobre práticamente todos os temas da psicopatologia, de forma conhecedora e com profundidade, e os dois livros de referência que publicou aí estão, e infelizmente não houve outros para podermos estabelecer comparações. Exemplificando com um tema tão importante como as alucinações, verificamos que práticamente só ele escreveu monografias sobre o tema. Em 1880 a sua tese[3], que foi criticada por dois elementos do júri, apoiava-se em autores como Luys e Ritti, que defendiam uma teoria psico-sensorial, relevando o papel dos tálamos ópticos, opondo-se a Esquirol que favorecia uma teoria psíquica, considerando a alucinação um facto subjectivo ou psíquico, realizando-se no cérebro pelo exercício patológico das suas funções. As teses de objectividade positiva são mantidas

[1] SENNA, António Maria de – Relatório do Serviço Médico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira relativo ao primeiro biennio (1883-1885). Porto: Typographia Occidental, 1887.

[2] BERRIOS, G. E. – "Descriptive psychopathology: conceptual and historical aspects". Psychological Medicine, (1984), Vol. 14, pp. 303-313.

[3] MATTOS, Júlio de – As Hallucinações. Estudo medico-psycologico. Porto: Imprensa Commercial, 1880. (2ª edição augmentada). As críticas radicavam no não emprego do método subjectivo numa questão de psicologia, e em ter chamado alucinados a Sócrates e a Pascal. Ver p. VII.

quando revisita o tema em *Allucinações e Illusões*[1], confessando que já sentia em 1880 a necessidade de completar a doutrina de Luys e Ritti, pela admissão de centros perceptivos corticais. Júlio de Matos adere assim à tese cortical de Tamburini[2], que publicara em 1881 um artigo muito importante sobre o tema, considerando que a alucinação consiste numa excitação mórbida dos centros sensoriais localizados nos pontos do córtex cerebral referentes aos estímulos sensoriais correspondentes, análoga à que nos centros motores produz a epilepsia de origem cortical[3]. Anote-se que em *Elementos de Psiquiatria*, já considera que a teoria de Tamburini está ultrapassada, não respondendo a objeções de Tanzi entretanto surgidas[4]. Referência importante em trabalhos psicopatológicos são diversas teses, nomeadamente as que foram claramente orientadas e influenciadas por alguns dos autores atrás citados. Nas duas primeiras décadas acentuam-se os trabalhos de renovação psicopatológica com a introdução de novos autores e concepções. Os que vou citar parecem-me importantes porque assinalam mudanças que abrem caminhos que depois se aprofundam e diversificam, outras vezes tiveram pouca continuidade mas marcaram a evolução conceptual, o que nem sempre se correlacionou com a evolução das práticas.

Em 1915 é publicado na revista *A Medicina Contemporânea* um trabalho, "As bases da Psychoanalyse"[5], que resultou de uma primeira aula do curso de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, que tem uma importância histórica pois é o primeiro trabalho de índole científica a ser publicado em Portugal sobre o assunto e ainda porque Moniz era o professor de Neurologia, e o professor de Psiquiatria de Lisboa tal como os professores do Porto e de Coimbra não faziam referência aos trabalhos de Freud e à Psicanálise. Apesar de ter seis páginas e meio, o trabalho resume bem as principais características da psicanálise naquela altura, começando por escrever que vai referir um novo

---

[1] MATTOS, Júlio de – Allucinações e Illusões. Ensaio de Psychologia mórbida. S. Paulo: Teixeira & Irmão, 1892.

[2] Ver TAMBURINI, A. – "A theory of hallucinations". (edição original 1881). Introduced and translated by BERRIOS, G. E. History of Psychiatry. Vol.1, nº 1 (1990), pp.145-156. Berrios mostra bem como a exagerada neurologização iniciada por Tamburini acabou por conduzir ao excessivo ênfase nos aspectos psicológicos, de Freud a Henri Ey, e que os contributos de linguistas e psicólogos são importantes mas negligenciam a dimensão neurobiológica. Ver BERRIOS, Ibidem, pp. 145-150.

[3] As teses apresentadas mantinham o essencial das opiniões de Júlio de Matos, e as referências à escola italiana, com Tamburini e Tanzi. Ver ALEGRE, J. Lara – Alucinações. Faculdade de Medicina de Lisboa, 1913; LAGE, M. Pereira – Algumas notas sobre os erros da percepção. Porto: Imprensa Nacional de Jaime Vasconcelos, 1916.

[4] E também não houve respostas em dissertações surgidas depois. A tese de doutoramento de José da Silva Nogueira, orientada por Sobral Cid, recoloca as dúvidas e a incapacidade da teoria de Tamburini de explicar alguns tipos de fenómenos, mas as teorias de Tanzi parecem-lhe igualmente controversas. Ver NOGUEIRA, José da Silva – Contribuição para o estudo das Alucinações. Faculdade de Medicina de Lisboa, 1922.

[5] MONIZ, Egas – "As bases da Psychoanalyse". Lição do Curso de Neurologia. A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº 47 (1915), pp. 377-383.

processo terapêutico e de investigação clínica empregado no campo das neuroses e na psiquiatria, que se tornou célebre pela importância que Freud atribui aos fenómenos da sexualidade na génese das neuroses. Constata que a psicanálise já ultrapassou as fronteiras médicas para os domínios da literatura, da filosofia, da psicologia, da metafísica, do direito, da teologia, da pedagogia; mas que de acordo com Régis e Hesnard, há-de acabar por deformar-se porque fora das teorias médicas irá subtrair-se cada vez mais à verificação da crítica científica[1]. Menciona depois que no campo médico não se restringiu às neuroses, pois foi aplicada ao estudo das doenças mentais, nomeadamente à demência precoce com Bleuler e Jung, e que o assunto era importante, apesar de quase completamente ignorado entre nós. Moniz define assim a psicanálise: "método psíquico de exploração e tratamento das psiconeuroses, que assenta na investigação e explicação da maior parte das formas da actividade psíquica, quer normal, quer patológica, e na análise das tendências afectivas, sempre derivadas do instinto sexual"[2].

Considera que as designações que Freud emprega para exprimir o seu pensamento psicológico são derivadas das ciências físicas e mecânicas, o psicodinamismo. O inconsciente seria a base universal da vida psíquica, sendo que os fenómenos psíquicos se podem produzir sem ultrapassar o limiar da consciência, são fenómenos complexos e presidem de forma contínua ao determinismo da nossa vida consciente. Fala depois dos elementos susceptiveis de se tornarem conscientes, constituindo o pré-consciente, que diferencia do inconsciente, dando como exemplos os fenómenos de distracção, de inspiração, de devaneio e de sonho, revelações subjectivas da realidade interna, mensageiros do real psíquico. Refere depois o sistema de instância, quando elementos inconscientes se tornam conscientes sofrendo modificações deformadoras devido à censura, produto da educação adquirida e de instâncias de ordem moral, social, religiosa, filosófica, etc, representando um sistema de forças mais ou menos antagonistas ao sistema das forças instintivas individuais. Moniz explana depois a noção de complexos, forças psíquicas quase sempre inconscientes, estudados especialmente pela escola de Zurique (Bleuler e Jung) e constituídos por elementos diversos, intelectuais, motores e afectivos. Apresenta depois uma noção de afecto distinta, mais lata e mais móvel que a concepção clássica, explicando em que consiste o trauma afectivo. Dá depois vários exemplos de complexos, desde os que determinam os factos de inclinação ou de paixão

[1] MONIZ, Egas, Ibidem, p. 377. O livro de Régis e Hesnard é a primeira obra de divulgação da psicanálise em França, publicada em 1914.Ver RÉGIS, E; HESNARD, A. – La psychoanalyse des nevroses et des psychoses. Ses applications médicales et extra-médicales. Paris: Alcan, 1929. (original 1914).

[2] Idem, Ibidem, p. 378.

vulgares até aos complexos que se manifestam através de ideias delirantes ou obsessivas, mas em última análise de natureza primitivamente sexual, no sentido mais lato. Refere-se depois ao pansexualismo, termo de Bleuler, tentando explicar, citando Régis e Hesnard, que a noção de instinto sexual tem aqui uma latitude maior e um novo significado, sendo a origem de toda a afectividade e fonte primária de toda a energia psíquica. As psiconeuroses e as perversões sexuais seriam uma e a mesma doença resultantes da perturbação do desenvolvimento psico-sexual. Nestas o indivíduo passaria ao acto, nas neuroses haveria através da censura, repressão e recalcamento para o inconsciente de tendências sexuais mórbidas. Corrige a afirmação que fizera no volume sobre *A Vida Sexual-Fisiologia*, quando dissera que o instinto sexual surgia na puberdade[1]. Moniz menciona a seguir a líbido, designando uma espécie de forma sexual não localizada e falando depois das suas localizações, das zonas erógenas e as formas de satisfação da líbido na infância, de traumas afectivos intensos e da vida sentimental e psico-sexual da criança mais rica do que se pensava, sofrendo depois a intervenção da censura, sendo a razão por que Freud falou na criança como "perverso polimorfo"[2]. Finalmente Moniz fala ainda da sublimação como elevação psíquica das tendências instintivas citando Freud, e depois do complexo de Édipo, dizendo que serviu de tema à tragédia de Sófocles, a mais bela da antiguidade. Moniz aceita a designação complexo de Édipo para significar toda a tendência incestuosa filial. Dá ainda exemplos da idade da imoralidade infantil, designação também clássica de Freud. Conclui dizendo que embora esquematicamente, expôs uma doutrina de alto valor que tem prestado importantes serviços à interpretação etiológica e sintomática das neuroses e ao seu tratamento[3].

Embora correspondendo a um momento da doutrina psicanalítica, a síntese de Moniz mostra conhecimento, erudição e espírito crítico, e prova que era alguém atento, culto, com grande curiosidade e atenção ao que o rodeava.

Quando publica em 1921 na revista *Portugal Médico*[4] "O Conflito Sexual," resultado de uma conferência no Congresso Luso-espanhol das Associações para o Progresso das Ciências, apesar de centrado no tema da sexualidade, retoma em boa parte o que escrevera no trabalho de apresentação da psicanálise, referindo depois os trabalhos sobre a sexualidade que vinham

---

[1] MONIZ, Egas – "As bases da Psychoanalyse". Lição do Curso de Neurologia. A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº 47 (1915), p. 381.
[2] Idem, Ibidem, p. 382.
[3] Idem, Ibidem, p. 383.
[4] MONIZ, Egas – "O Conflito Sexual". Portugal Médico. Porto. n º 9 (1921), pp. 385-401.

há muito interessando neurologistas e psiquiatras na interpretação etiológica e patogénica das perversões sexuais.

Salienta "a obra magistral de Krafft-Ebing, os trabalhos de Moll, de Stanley Hall e de Bleuler, que foram a base sobre que Freud se firmou para a elevada concepção da sua doutrina"[1], e depois resume o caso da paciente histérica que Breuer conseguiu curar por meio de uma espécie de terapêutica catártica, e que terá encaminhado Freud na orientação do novo processo da psicanálise[2]. Moniz fala depois de um caso da sua clínica, uma doente de 30 anos que esteve paralítica dos membros inferiores durante nove anos, já submetida a tratamentos com violentas correntes farádicas apenas com ligeiras melhoras, e que usando técnicas psicanalíticas conseguiu a sua recuperação, tornando conscientes factos dolorosos que estavam por ela esquecidos.

Moniz conclui que este processo de investigação psicológica veio mostrar que a sexualidade tem grande importância quer na vida normal, quer na vida patológica e quando se investigam as tendências afectivas, nomeadamente nas psiconeuroses, se chega quase sempre à conclusão que elas derivam de perturbações da vida sexual. Por isso lamenta que as Faculdades de Medicina releguem para plano secundário o seu estudo, e este tema seja pouco compreendido e estudado pelos médicos[3]. Mostra depois a importancia da sexualidade infantil e a importancia das influências educativas inibitórias, os traumas afectivos, a sublimação ideativa e educativa, e salienta o domínio do inconsciente e os fenómenos que são revelações subjectivas da realidade interna ignorada, como o sonho, a distração, o devaneio, a inspiração. Salienta também as alterações dos complexos iniciais, podendo estar na base das fobias, obsessões, delírios, alucinações, impulsões e dissociações psíquicas.

Algumas notas discordantes são deixadas por Moniz, como por exemplo ao referir as perversões sexuais, considera que a escola de Freud exagera as suas conclusões quando pretende explicar a etiologia das psiconeuroses pela repressão das perversões sexuais, quantas vezes elas se associam [4]. Ou quando acerca da histeria, onde se podem descobrir causas do foro sexual sem intervenção do sucedido na infância, podendo ser perturbações recentes, por vezes em pessoas de idade avançada, vincando que o que diz da histeria pode também afirmá-lo, mas sem o mesmo exclusivismo, no que discorda de Freud, de estados melancólicos,

---

[1] Idem, Ibidem, p. 385.

[2] Trata-se do caso de Anna O., da autoria de J. Breuer. In FREUD, S.; BREUER, J. – Études sur L'Hystérie. Paris: PUF, 1956. pp. 14-35. (original de 1895).

[3]MONIZ, Egas - "O Conflito Sexual". Portugal Médico. Porto, n º 9 (1921), p. 387.

[4] Idem, Ibidem, p. 394.

obsessivos, fóbicos, da demência precoce. E descreve depois outro caso de uma doente de 25 anos com ansiedade melancólica, onde através da análise de sonhos e da análise psicológica das associações de ideias, conseguiu tornar consciente o que era um desgosto íntimo de natureza sexual, ficando a paciente curada.

Sobre a importância dos sonhos também considera haver alguns exageros na sua complexa tessitura interpretativa, dizendo que a escola dissidente de Jung lhes atribui diferente significado, mas que haverá muita verdade que convém aproveitar[1].

Refere-se ainda ao estudo das associações livres das inspirações individuais, a partir da indução de um estado hipnóidico e valorizando as dificuldades de expressão, os lapsos, os risos, expressões fisionómicas, exclamações, referindo depois em termos teóricos a investigação experimental das associações de ideias da escola de Zurique.

O interesse de Moniz prosseguiu e na revista *A Medicina Contemporânea* publicou em 1924, "Júlio Denis e a Psicoanálise"[2] que é um excerto de um capítulo do livro *Júlio Denis e a sua obra*[3], onde o autor prossegue e prolonga o seu interesse pela interpretação dos sonhos, agora numa investigação psicanalítica de âmbito literário, onde mostra conhecer autores como Rank, Freud, Lorenz e Reik, centrada no romance *Uma família inglesa*, valorizando Júlio Dinis, autor da sua predileção, por num trabalho exclusivamente literário ter dado valor a processos de investigação psíquica que só ultimamente criaram foros de processo científico, considerando-o por isso como psicólogo de rara originalidade[4].

A publicação de "A Patologia da Linguagem e da Percepção"[5] por Alberto Brochado em 1922 constitui um outro momento importante por contribuir para a actualização da psicopatologia em Portugal nos domínios da linguagem e da percepção, pelas contribuições relevantes que divulga e discute e pelos novos autores que introduz, alguns quase desconhecidos e sem influência em Portugal.

Começa por resumir logo o essencial dizendo que a doutrina das afasias, cristalizada durante longo tempo na concepção dos centros de imagens cuja destruição explicaria os diferentes síndromas afásicos observados, teve a consequência desastrosa de levar a maior parte dos autores a construir uma teoria da linguagem sem cuidar de ligar esta função ao conjunto das actividades psíquicas de que ela não é mais do que um aspecto particular.

---

[1] Idem, Ibidem, p. 397.
[2] MONIZ, Egas – "Julio Denis e a Psicoanálise". A Medicina Contemporanea. nº 24 (1924), pp. 185-188.
[3] MONIZ, Egas – Julio Denis e a sua obra (I e II). Lisboa: Casa Ventura Abrantes, 1924.
[4] MONIZ, Egas – "Julio Denis e a Psicoanálise". A Medicina Contemporanea. nº 24 (1924), p.188.
[5] BROCHADO, Alberto – "A patologia da linguagem e da percepção". Separata de A Medicina Moderna. Porto: Tip. da Empresa Guedes, 1922.

Relembra a vigorosa crítica de Pierre Marie de 1908[1] que modificou totalmente a feição psicológica do problema, cita depois Von Monakow afirmando que o desempenho normal da linguagem dependeria de uma área nervosa muito mais extensa do que aquela cuja lesão provoca um défice ou uma inibição funcional estabelecendo uma nítida distinção entre a localização do síndroma e a localização da função. Discordando dos que se conservam adeptos da velha doutrina localizacionista, Brochado pensa como Hughlings Jackson que considerava a linguagem como uma actividade mental, uma função psicológica ligada à integridade cerebral nunca podendo limitar-se às áreas cuja lesão produzia afasia. Tratava-se da defesa de uma concepção gestaltica da linguagem, conduzindo a que se dissesse que os afásicos não poderiam exprimir-se correctamente, "não porque tivessem perdido as imagens e a memória das palavras, mas porque eles não conseguem formar frases"[2]. Inclui a contribuição da psicologia e salienta a importância da atitude mental, que considera dominar a patologia da percepção e que teria sido descurado. Parte de Ribot, mas é com a contribuição de Henri Bergson que considera fundamental, que critica as antigas teorias localizacionistas da afasia e precisa depois que ao falar de síntese mental não se está a referir à teoria associacionista, pois considera que está posta de parte pela maior parte dos psicólogos, a síntese que defende é essencialmente dinâmica e distinta dos elementos que a compõem. Brochado socorre-se aqui de Bergson e de William James para criticar o associacionismo, e ainda de Janet. Está de acordo com as críticas que acusam a teoria das localizações de ter atrasado os progressos da fisiologia cerebral, defendendo pois uma visão globalista.

Passando à interpretação dos factos patológicos, a propósito da lei de Ribot, considera a interpretação de Tanzi no seu Tratado de Psiquiatria demasiado estática, dando depois exemplos derivados da experiencia da grande guerra de 1914-1918, com contribuições de autores como Head, Von Monakow, Mourgue, que o leva a incluir o estado de resistência geral do doente em questão e a noção de que qualquer facto psicológico sofre a influencia de toda a personalidade, incluindo ainda a influencia do inconsciente em que Poincaré via um papel importante nas invenções, o que prova a importância desse trabalho psíquico, surdo e subterrâneo. Conclui Brochado que a lei de Ribot que afirma que o que é complexo

[1] No livro de Moniz A Neurologia na Guerra o autor refere-se já ao tema das afasias referindo a importância dos trabalhos de Pierre Marie que em 1908 se veio insurgir contra as doutrinas clássicas da delimitação da zona afásica às zonas de Broca e de Wernicke, e lembra a discussão de Pierre Marie e Déjerine que se travou na Sociedade de Neurologia de Paris nesse ano. Ver MONIZ, Egas – A Neurologia na Guerra. Lisboa: Livraria Ferreira, 1917. p. 28.

[2] HÉCAEN, H.; ANGELERGUES, R. – Pathologie du langage. Paris: Larousse, 1965. p. 53.

desaparece antes do simples[1], se encarada na sua acepção mais vasta se pode aplicar a toda a patologia do espírito e assim pode dizer-se que a fisionomia e os contornos, mais ou menos nítidos e definidos dos síndromes psíquicos, "são devidos não tanto à lesão anatómica, mas sim à sistematização psicológica"[2].

Ao detalhar depois a surdez verbal, o autor volta a utilizar os trabalhos de Bergson, sobre os mecanismos de compreensão da linguagem, começando pelos sons, seu reconhecimento e sentido, depois a atitude mental, pois a percepção de uma frase é muito mais do que um trabalho mecânico mas o reflexo de todo um trabalho psíquico, uma síntese que interessa múltiplos elementos do córtex e não apenas o centro das imagens auditivas verbais. E ainda que o valor de um termo pode ser modificado sem tocar no seu sentido, nem nos seus sons, somente pelo facto de um termo vizinho sofrer uma modificação, citando Saussure e o seu Curso de Linguística Geral de 1916[3].

Aborda depois a surdez musical, que já tratara antes, a surdez psíquica, as afasias motrizes, onde compara os trabalhos de Janet sobre a psicastenia com os afásicos. Nos psicasténicos, o defice sintético interessava apenas os actos mais elevados da conduta humana, enquanto as perturbações dos afásicos dizem respeito a actos inferiores, de expressão simbólica. Mas assim como dois actos não são a mesma coisa se as circunstancias forem distintas, também o acto de articular uma palavra em determinada frase não é equivalente ao emprego da mesma palavra em diferentes circunstancias.

O trabalho ainda vai comparar a afasia de Broca com a de Wernicke, salientando as semelhanças e as diferenças e falando sobre as suas próprias concepções. Este estudo mostra a preparação neurológica e psiquiátrica do autor, que está a par dos temas da afasiologia do seu tempo, onde se estavam a impor as teorias globalistas, além de conhecer os avanços propriamente psicológicos sobre o tema já não centrados exclusivamente no associacionismo e na anátomo-fisiologia cerebral.

Por outro lado, Alberto Brochado distancia-se claramente de Magalhães Lemos nestas matérias, acusando claramente a influencia das ideias bergsonianas em Psiquiatria. As referências bibliográficas são muito vastas, quer da Neurologia, da Psiquiatria e da Psicologia,

---

[1] RIBOT, T. – As Doenças da Memória. Lisboa: Empresa Literária Fluminense, 1915.
[2] BROCHADO, Alberto, Ibidem, p. 44.
[3] É digno de nota o conhecimento e principalmente a valorização da linguística. F. de Saussure tinha publicado em 1916 o Curso de Linguística Geral. SAUSSURE, F. – Cours de Linguistique Générale. Paris: Payot,1972.

indo de Pierre Marie e Head, a Jackson, Monakow e Mourgue, a Bergson e William James, Ribot e Janet, entre outros autores.

Toda esta polémica à volta das questões da fisiopatologia da afasia no final do século XIX e princípios do século XX centrava-se no confronto entre as posições das teorias localizacionistas que consideravam o funcionamento cortical organizado em centros/territórios distintos e posições globalistas ou holistas que procuravam construir uma teoria da linguagem ligando-a ao conjunto da actividade psíquica global de que a linguagem não seria mais do que um aspecto particular[1]. Hoje esta polémica está ultrapassada com o renascimento das novas teorias localizadoras, muito menos simplistas do que no passado, mas considera-se generalizadamente que as diversas regiões corticais do sistema nervoso central são funcionalmente especializadas. De qualquer modo, o período globalista que se tornou dominante entre as duas Grandes Guerras, constituíu um momento importante da cultura científica contemporânea, e assegurou a passagem dos localizadores para os trabalhos contemporâneos[2].

Se em "O problema das afasias" Brochado retoma o tema tratado no livro de 1922, no artigo "As alucinações segundo Clérambault" traz para análise um tema que era discutido em França, o automatismo mental, o fenómeno alucinatório que discute em profundidade, discordando de vários pontos da doutrina de Clerambault, pois Brochado acha inaceitável a teoria das alucinações como fenómenos parasitários, independentes da ideação e da afectividade, e contrapõe o livro onde Monakow e Mourgue insistem no enorme papel que o instinto e a afectividade desempenham mesmo nas afasias e agnosias. Brochado admite que nas psicoses alucinatórias crónicas as alucinações sejam dependentes dum factor lesional de possível natureza toxi-infecciosa, mas ainda nada se sabe a esse respeito e acha que vale mais uma sincera confissão de ignorância do que uma construção quimérica e indemonstrável no estado actual da ciencia. E por isso vai citar Nayrac num relatório do congresso de Blois, pois entende que Clérambault se expõe à mesma crítica que no passado fizera Pierre Janet a outros autores "Com que direito empregais uma linguagem que faz supor que vos servistes do escalpelo e do microscópio e que resolvestes um colossal problema de histologia e fisiologia cerebral?"[3]

---

[1] Sobre o tema das localizações cerebrais, seus fundadores e principais representantes e renovadores, e as reacções globalistas, ver HECAEN, H.; LANTERI-LAURA, G. – Evolution des connaissances et des doctrines sur les localisations cérébrales. Desclée De Brouwer, 1977.

[2] LANTERI-LAURA, G. – Clefs pour le cerveau. Paris: Seghers, 1987. p. 123.

[3] BROCHADO, Alberto – "As Alucinações segundo Clérambault". Portugal Médico, nº 8 (1928), p. 14. Separata.

Uma tese de doutoramento, A *Psico-Analise de Freud*[1], de António Laranjo Ferreira Monteiro, que creio ser a primeira sobre o tema em Portugal, foi apresentada em Coimbra em 1925, a um júri presidido por Elísio de Moura, a quem o autor agradece na introdução a orientação que lhe permitiu prosseguir o trabalho, invulgar e informado na altura da sua apresentação, até pela atitude de manifesta simpatia para com a doutrina. Começa por historiar brevemente as origens da teoria de Freud, mencionando a influência das ideias de Charcot e a questão da histeria, lembrando que a origem puramente psíquica da histeria não era aceite pelas escolas alemã e austríaca, para depois referir a colaboração científica com Breuer, donde nasceram as bases fundamentais da psicanálise. Refere como partiram da histeria, observando que uma espécie de confissão obtida por hipnotismo melhorava o estado das doentes, e que os sintomas se achavam sempre em relação com traumatismos psíquicos. O estudo com Bernheim e a escola de Nancy foi importante mas Freud acabou por se afastar da hipnose e congregar à sua volta discípulos como Stekel, Adler, Otto Rank, Jung, Bleuler, Ferenczi, etc, referindo ainda as discordâncias e concordâncias de Pierre Janet, e o interesse científico de figuras da psiquiatria como Dupré, Régis e Ribot. Com recurso a Régis e Hesnard[2], vai resumir a base psicológica da vida psíquica, definindo o inconsciente, sistematizável em inconsciente propriamente dito, préconsciente e subconsciente, e depois fala da censura e da repressão para depois referir os complexos psíquicos que considera equivalentes da noção de fontes de energia psíquica de Pierre Janet, que constituíam "a soma de energia afectiva em movimento"[3], e os instintos, categoria onde inclui os complexos sexuais, os de conservação pessoal, e os sociais ou de associação. Com a designação de pansexualismo aborda a teoria da sexualidade infantil, com a líbido como força psíquica que impele à satisfação do desejo sexual, mencionando as zonas erógenas, a fase de latência, a fase oral, a fase anal, a perversidade polimorfa, e o complexo de Édipo. Sobre a evolução sexual patológica fala de narcisismo, inversão e incesto, para explicar depois que a líbido pode fixar-se transitória ou definitivamente numa fase prematura do desenvolvimento e poderá mesmo haver regressões na presença de obstáculos exteriores. Na etiologia das neuroses vai salientar a importância da repressão sobre a libido que pode regredir à sua fase

[1] MONTEIRO, António Laranjo Ferreira – A Psico-Analise de Freud. Coimbra: Tipografia Bizarro, 1925. (Tese)
[2] REGIS, E.; HESNARD, A. – La psychoanalyse des nevroses et des psychoses. Ses applications médicales et extra-médicales. Paris: Alcan, 1929. (original 1914). Este livro foi muito influente naquela época em França e posteriormente muito criticado. Em Portugal foi uma das primeiras fontes para o conhecimento da psicanálise, detectável em Egas Moniz, Sobral Cid e Alberto Brochado.
[3] MONTEIRO, António Laranjo Ferreira, Ibidem, pp. 26-27. Citação da obra de Janet. Ver JANET, P. – La Médecine Psychologique. Paris: L'Harmattan, 2005. p. 119. (original 1923).

infantil, mas a satisfação das suas exigências é impossível sem a aprovação do inconsciente; deste conflito nasceria a neurose. Como as tendências eróticas se mascaram para ser aceites pela censura adoptando um modo de satisfação encoberto e inofensivo, esta substituição dá origem ao sintoma neurótico, que exprime ao mesmo tempo a satisfação de um desejo erótico e a sua repressão. Para interpretar o sintoma neurótico torna-se necessário um trabalho de elaboração onde estão presentes vários processos: a simbolização, a condensação, o deslocamento. Menciona ainda como factor etiológico o traumatismo psíquico, e refere a satisfação psíquica das tendências reprimidas, que pode aparecer nos sonhos noturnos, na rêverie, na criação artística ou no misticismo. No capítulo: técnica da psico-analise, menciona a associação de ideias, a interpretação dos sonhos[1], com a simbologia a permitir a decifração, e os lapsos e distrações que mostram o predomínio do inconsciente quando em desacordo com o Eu consciente.

Classifica depois as Neuroses em 1) Actuais, agrupando a neurastenia, a neurose de angústia e a hipocondria. 2) De Transfert ou psiconevroses, com a histeria de conversão, histeria angustiosa e neurose obsessiva. 3) Narcísica, com a demência precoce, a paranoia e outras perturbações mal definidas[2], e fazendo notar que as denominadas psicoses em psiquiatria, não correspondem bem ao conceito clássico, enumerando muito brevemente algumas das hipóteses explicativas.

Nas conclusões do trabalho o autor lembra que a Psicanalise só é aplicável a um número limitado de doentes, que é um meio terapêutico de incontestável valor mas com várias restrições mencionadas, obrigando a exame clinico preliminar, exclusão da hipótese de um estado orgânico, dependendo das categorias nosológicas e beneficiando sobretudo na cura das psiconevroses.

Um grande mérito desta tese é limitar-se a descrever e a tentar compreender uma nova teoria, sem criticar ou comentar excessivamente, como durante muito tempo aconteceu entre nós, numa altura em que o tema era raro e marginal nas Faculdades de Medicina.

---

[1] MONTEIRO, António Laranjo Ferreira, Ibidem, pp. 48-52. Dá um exemplo, retirado de uma obra de Freud. Ver FREUD, S. – Introduction a la Psychanalyse. Paris: Payot, 1926. pp. 209-210. Anote-se que a primeira tradução de Freud em Portugal é de 1932. FREUD, S. – Sexualidade. Lisboa: Ática, 1932. (tradução de José Osório de Oliveira).

[2] MONTEIRO, António Laranjo Ferreira – A Psico-Analise de Freud. Coimbra: Tipografia Bizarro, 1925. pp. 56-60.

Sintomática duma atitude contrária é o trabalho de Arlindo Camilo Monteiro, em que apesar do título "O Foro e as Questões Sexuais-três acórdãos do Supremo"[1], o que está em causa é uma apreciação das concepções freudianas, como o autor reconhece, depois de dizer que já tivera ensejo de fazer referências ao freudismo em 1922 na obra *Amor Sáfico e Socrático*[2]. Ora nesse texto, publicado na *Medicina Contemporânea*, o autor considera a *talking cure* como a criação do confessionário médico, e que o processo terapêutico consistia afinal na sugestão verbal consciente de que falava Bernheim, o mestre de Nancy, perguntando depois se na etiologia das neuroses estavam apenas os complexos submersos no inconsciente, por que motivo não seriam esses complexos recalcados meros sintomas da doença em evolução. Conclui chamando teoria preconcebida à de Freud, que no exclusivo propósito de celebridade, criara a psicanálise, que se resume a processo sugestivo verbal com designação nova e mais efeitos cénicos. E prossegue a sua análise reafirmando que a pretensa originalidade de Freud consiste na deformação caricatural do que já fora por outros revelado[3].

Será preciso esperar para encontrarmos avaliações críticas mais fundamentadas sobre Freud e a psicanálise a partir da década de 1930, nomeadamente com Barahona Fernandes, Diogo Furtado e Seabra-Dinis, e num campo mais alargado do conhecimento, com Sílvio Lima.

Entretanto também alguma influência do pensamento de Henri Bergson se fez sentir, mesmo no âmbito da Medicina, sendo mero exemplo, *Materialismo e Medicina*[4] de António Correia de Sousa, uma dissertação inaugural à Faculdade de Medicina de Lisboa, dedicada a Leonardo Coimbra, interessante por ser sintomática de certa viragem ideológica, onde o autor examina a filosofia de Le Dantec e de Haeckel, em nome da filosofia de Bergson e do pensamento criacionista de Leonardo Coimbra, criticando o determinismo e o monismo materialista.

Mais influenciado pela obra de Bergson é uma dissertação inaugural, *A dinâmica do pensamento*[5] (1919) de António Aleixo de Santana Rodrigues, que depois se tornará médico do Instituto de Medicina Legal de Lisboa. Apresentada á Faculdade de Medicina de Lisboa, com agradecimento a Henrique de Vilhena e Azevedo Neves, é um curioso trabalho porque o autor, a propósito da percepção e da sensação, da memória e cérebro, vai com a contribuição

---

[1] MONTEIRO, A. Camilo – "O Foro e as questões sexuais- Três acordãos do Supremo". A Medicina Contemporanea. nº 8 (1926), pp. 57-64; nº 30, pp. 233-238; nº 31, pp. 241-246.

[2] MONTEIRO, A. Camilo – Amor sáfico e socrático. Estudo médico-forense. Lisboa: Instituto de Medicina Legal, 1922.

[3] MONTEIRO, A. Camilo – "O Foro e as questões sexuais- Três acórdãos do Supremo", A Medicina Contemporanea. nº 8 (1926), p. 63.

[4] SOUSA, A. C. – Materialismo e Medicina. Porto: Tipografia da Renascença Portuguesa, 1914.

[5] RODRIGUES, Santana – A Dinamica do Pensamento. (Estudos de Psychologia). Lisboa: Tipografia do Anuario Comercial, 1919.

de trabalhos de Pierre Marie e principalmente do Henri Bergson de *Matiére et Mémoire*[1] criticar as teorias psicofisiológicas da memória e retirar hipóteses de localização especial às afasias. As teorias clássicas e simplistas de concepção de imagens visuais ou auditivas localizadas em centros especiais encontravam-se para o autor feridas de morte.

Critica "a ilusão perniciosa das teorias sensualistas e intelectualistas e o fisicalismo em psicologia"[2], advogando uma introspecção que seja visão cuidada dos estados mentais, com análise pelos métodos intuitivo e reflexivo, que devem aliar-se, num bem cuidado limite, com os métodos experimentais. Curiosamente Bergson escreveu ao autor, que lhe terá enviado o estudo, felicitando-o e considerando que chegara a conclusões muito próximas das suas e considerando-o "un penseur distingué"[3]. Em trabalhos publicados na *Medicina Contemporânea*, com o título "Sobre localizações psíquicas"[4] em 1919, escreve que os estudos pormenorizados de Pierre Marie sobre as afasias de 1906 tiraram margem a todas as hipóteses de localização especial. A lesão de qualquer ponto da zona de Wernicke acompanhava-se de perturbações gerais da inteligência e não exclusivamente distúrbios isolados da inteligência e da linguagem.

Uma notável tese de doutoramento foi apresentada em 1923 à Faculdade de Medicina de Lisboa, *Das relações do estado cerebral com o estado mental. O critério biológico em neurologia*, por Eduardo Coelho[5]. Invulgarmente informada em termos filosóficos, mostra uma clara inspiração bergsoniana e ousa divergir frontalmente da mentalidade científica existente em Portugal, nomeadamente com referência à neuropsiquiatria e à psicologia. O alvo principal é apontado com nitidez recorrendo a Henri Bergson que "criou uma psicologia vindo substituir a psicologia dos neuropsiquiatras, de direcção exclusivamente intelectualista", realçando a importância do estudo da psicologia, isenta das falsas hipóteses intelectualista e associacionista[6]. Salienta a importância da reacção filosófica contra o positivismo, que limitava a investigação aos fenómenos e às suas leis, e tomando como objecto da filosofia o conhecimento, a moral, a arte, constituindo o idealismo crítico, e as realidades inacessíveis à experiencia científica e o sentido profundo da vida, direcção

---

[1] BERGSON, H. – Matière et Mémoire. Paris: Alcan, 1914.
[2] RODRIGUES, Santana – A Dinamica do Pensamento (Estudos de Psychologia). Lisboa: Tipografia do Anuario Comercial, 1919. p. 10.
[3] RODRIGUES, Santana – O Abade Faria. Lisboa: Empresa Contemporânea de Edições, 1946.
[4] RODRIGUES, Santana – "Sobre localizações psíquicas". A Medicina Contemporanea. nº 40 (1919), pp.317-320; nº 42, pp. 333-336.
[5] COELHO, Eduardo – Das Relações do Estado Cerebral com o Estado Mental. O critério biológico em Neurologia. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 1923.
[6] Idem, Ibidem, Preâmbulo, p. XI.

principalmente seguida pelo pragmatismo e pelo bergsonismo. Critica Magalhães Lemos por seguir o atomismo de Wernicke e o associacionismo, e critica o positivismo de Júlio de Matos e os seus trabalhos de psico-fisiologia pelo seu atomismo psicológico. Valoriza por outro lado Hughlings Jackson e Von Monakow entre os neurologistas por terem abandonado o método exclusivamente anátomo-patológico e as estéreis discussões nosográficas e aplicarem ao estudo das afasias e das agnosias o critério biológico e a análise psicológica. Jackson, aplicando a noção de evolução, recebida de Spencer, à Neurologia, criara o conceito de dissolução, em 1884, que introduzira em neuropatologia[1]. A dissolução seguia a ordem inversa da evolução: persistem as funções primitivamente adquiridas e desaparecem as mais complexas e diferenciadas, que constituem aquisições posteriores. Eduardo Coelho considera que Jackson tomou uma postura declaradamente psicológica, não desprezando a anatomia, para afirmar que não há localização da linguagem, posição idêntica á de Monakow na neurologia moderna. Também considera que a psicologia bergsoniana trazia valiosos esclarecimentos às penetrantes descobertas de Pierre Janet, outro autor que recusava a concepção atomística da vida mental, tal como Bleuler, Minkowski, Blondel, Freud e Jung que revelam a natureza dinâmica da organização psíquica e que a personalidade só podia ser explicada em termos psíquicos, de natureza diferente dos conceitos da matéria e da energia física[2]. Para ele as investigações em Neurologia conduzidas segundo um critério biológico (Jackson, Sherrington, Head, Monakow) em que a psicologia clínica é ao mesmo tempo fenomenológica e funcional, "concorda inteiramente com a solução que a metafísica moderna apresenta das relações do espírito com o corpo"[3]. A valorização da intuição bergsoniana e a postura anti-racionalista parecem conduzir a um neo-vitalismo e explicam talvez a pouca adesão às suas teses, numa altura em que a orientação científica naturalista era quase exclusiva na Medicina do seu tempo. Barahona Fernandes comenta que dos clássicos portugueses da neurologia e da psiquiatria, esta obra apenas encontrou eco simpatizante em Sobral Cid.

Podemos concluir que todos estes trabalhos traduzem grande interesse pela compreensão psicológica das situações clínicas. Descortina-se a influência dos temas bergsonianos e das

[1] Idem, Ibidem, p.139.
[2] Idem, Ibidem, p. 225. Eduardo Coelho vai no entanto mais longe quando depois de afirmar que a filosofia contemporânea, tomando contacto com a ciência positiva e com a vida, se orienta para o idealismo e para o espiritualismo, conclui que esta filosofia constitui um "idealismo realista", pois "concilia a ciência positiva com a metafísica e aspira a encontrar a noção de absoluto por uma síntese psicológica do ser".Ver COELHO, Eduardo, Ibidem, pp. 21-22.
[3] Idem, Ibidem, p. 230.

formulações psicodinâmicas, o interesse pela neurologia globalista e a presença dos principais autores responsáveis pela renovação da psicopatologia. Assistimos também à progressiva delimitação dos campos neurológico, psiquiátrico e psicológico que vai marcar o futuro destas disciplinas até praticamente aos nossos dias.

As referências a Karl Jaspers são muito escassas, apenas Sobral Cid e mais tarde Alberto Brochado fazem curtas citações dos seus trabalhos. No ensino, como nota Barahona Fernandes, só a partir de 1935 a obra de Jaspers começa a ser divulgada, e em boa medida relida a partir de Kurt Schneider[1].

Quanto a Pierre Janet, é citado por Bombarda quanto ao sonambulismo histérico, e especialmente por Sobral Cid, em 1923, na "Clínica das perturbações da Memória", e por Alberto Brochado, além de Eduardo Coelho na sua tese.

Sobre Freud o mérito da sua primeira divulgação científica deve-se a Egas Moniz e secundariamente a alguns trabalhos de Sobral Cid. Quanto a Ernst Kretschmer é influente no trabalho de Sobral Cid "A vida psíquica dos esquizofrénicos" (tal como Bleuler) e depois em alguns trabalhos de Alberto Brochado.

Que certo pluralismo se ia paulatinamente implantando, na psicologia, na médico-pedagogia e mesmo na psiquiatria, pode confirmar-se em António Aurélio da Costa Ferreira. O seu pequeno livro *Algumas lições de Psicologia e Pedologia*[2] que resulta de várias aulas dadas pelo autor na antiga Escola Normal de Lisboa, faz-se eco da influência de vários autores afastados do naturalismo e do positivismo, tanto mais assinalável quanto o autor era um conhecido dirigente republicano. Refere-se numa dessas aulas (ano lectivo de 1919-1920) a uma "escola de psicologia que já invadira a filosofia, a medicina e a pedagogia, que assenta no estudo do subconsciente e particularmente na pesquisa que nele gravou a vida sexual"[3]. Afirma depois que a psicanálise de Freud, apesar dos violentos ataques que tem sofrido, contém muito de verdade, e acrescenta que "tirado o que há de místico, de escabroso e de exagerado no seu pansexualismo, a psicanálise pode e deve ser conhecida pelo educador"[4]. Noutra aula "Inteligência e apercepção" do ano lectivo de 1920-1921, recomenda a tradução francesa do compêndio de Psicologia de William James, valoriza a obra de Janet e destaca

[1] FERNANDES, H. Barahona – Filosofia e Psiquiatria. (Experiencia portuguesa e suas raízes). Coimbra: Atlântida, 1966. pp. 164-165.
[2] FERREIRA, Antonio Aurelio da Costa – Algumas lições de psicologia e pedologia. Lisboa: Lumen, s.d. (1921?).
[3] Idem, Ibidem, pp. 25-26.
[4] Idem, Ibidem, p. 26.

trechos de Henri Bergson sobre o carácter e a experiencia psicológica vivida[1]. Também mostra conhecer Bechterew, a obra de Maria Montessori a quem faz alguns reparos críticos, e é muito elogioso para com António Sérgio e Luiza Sérgio, a quem segundo ele a bibliografia pedagógica moderna portuguesa já bastante deve, e destaca o trabalho de António Sérgio "Da natureza da afecção" de 1913. O livro de Costa Ferreira não está datado mas o prefácio é de Dezembro de 1920, provavelmente publicado em 1921. Apesar do predomínio da mentalidade positivista na década de 1920 já se encontram exemplos de artigos e dissertações médicas que procuravam divulgar novos autores pretendendo corrigir os excessos e limitações da ciência positiva, com abertura a novas tendências do pensamento contemporâneo.

[1] Idem, Ibidem, pp.123-134.

6. AS TERAPÊUTICAS

German Berrios assevera que muitas histórias dos tratamentos psiquiátricos não são mais do que crónicas de descobertas progressivas celebrando sucessos ou novos tratamentos bem-sucedidos. Os tratamentos que foram insucessos interessam pouco, tal como antigos tratamentos que tiveram sucesso, colocando-se a questão da cientificidade ou do efeito placebo[1]. Os historiadores destes tratamentos mais crentes no progresso científico assumem que as doenças mentais são objectos concretos, cuja existência é independente da cultura e da linguagem, existindo como entidades autónomas[2]. O autor vai pois alertar para os erros de uma historiografia presentista, que descreve as descobertas do pior para o melhor, as terapêuticas de forma descontextualizada, correndo o risco de uma retórica triunfalista, lembrando a inutilidade de comparar períodos históricos cujos conceitos diferem em cada período e em que as interações sociais são complexas. Recorda que os tratamentos variaram pouco até ao século XIX, quando as narrativas explicativas sofrem grande mudança nas manifestações das doenças, com o desenvolvimento da semiologia e psicopatologia descritiva, os novos modelos anátomo-clínicos que levam a uma concentração no estudo do cérebro, e os asilos permitindo a avaliação longitudinal e o tratamento moral. Além dos tratamentos tradicionais surgem desenvolvimentos de abordagens mais sociais e psicológicas, havendo inspiração em reformas e filosofias humanitárias pelos movimentos filantrópicos, focando a pobreza, a escravatura, a prostituição, a reforma das penas. O cuidar dos loucos beneficiou deste movimento social[3]. O *tratamento moral* define-se como o conjunto de atitudes, técnicas e formas de lidar, que se tornaram populares na Europa entre os finais do século XVIII e os meados do século XIX. Moral queria dizer psicológico, não-físico, mas não estava isento de conotações morais[4]. Podia englobar a hospitalização, isolamento, ocupação, protecção do stress e da família, tentativas de convencer o indivíduo das suas ideias erradas e emoções,

---

[1] BERRIOS, G. E. – "The history of psychiatric therapies". In: Cambridge Textbook of Effective Treatments in Psychiatry. Editors: Peter Tyrer, Kenneth R. Silk. Cambridge: Cambridge University Press, 2008. pp. 16-44.

[2] Idem, Ibidem. Esta visão ontológica estaria na base da sua "naturalização", isto é, a sua redução a genes, evolução, neurotransmissores, disfunções por vias neuropsicológicas.

[3] Também George Rosen desenvolve estas questões. Ver ROSEN, G. – "Sanidad publica y salud mental" In Locura y Sociedad. Sociologia histórica de la enfermedad mental. Madrid: Alianza, 1974. pp. 303-377.

[4] BERRIOS, G. E., Ibidem, p.24.

manipulação das emoções julgadas perturbadas pela loucura, indução activa de ansiedade e medo, e restrições físicas.

Em meados do século XIX, surgem formas mais agressivas de tratamento moral[1], os alienistas são mais interventivos, na França como na Alemanha e na Inglaterra, o que reflectia um aumento da profissionalização e da confiança, uma resposta às pressões da sobrelotação dos asilos, a erosão da relação médico-doente e alteração das ideias sobre os mecanismos da loucura. Os tratamentos morais eram complementados por *tratamentos físicos* como água, banhos frios, drogas[2]. Só na passagem do século o conjunto se divide nas categorias hoje em vigor: tratamentos físicos, psicológicos, sociais e administrativos.

Antes do século XIX é difícil falar de história da psicofarmacologia, tudo estava ligado à medicina geral, a matéria medica até meados do século XIX não tinha secção especial de tratamento da loucura, o início da mudança só ocorre na segunda metade do século. Já nos tratados e livros de texto do alienismo surgiram capítulos dedicadas ao tratamento da doença mental com uso das drogas, como para os finais do século os de Luys, Magnan, Kovalevsky, Tuke, Krafft-Ebing[3]. Os tratamentos físicos, explicados até 1860 como sendo mediados por factores psicológicos, começam a ser explicados com a linguagem das neurociências da altura, e os tratamentos psicológicos começam a ser explicados pelos achados provindo da psicologia clínica e da nascente disciplina psicanálise. A história dos tratamentos em psiquiatria, resultou pois da evolução convergente de disciplinas e temas como medicina, terapêutica, matéria médica, história natural, teoria das probabilidades, relação médico-doente, alienismo, nosologia psiquiátrica, deontologia e políticas de controlo social[4].

Numa obra de referência, dos finais do seculo XIX, o Dicionário de Tuke[5] na entrada sobre terapêuticas, encontramos referencias aos emenagogos, contrairritação, tratamento depressor compreendendo as depleções, o antimónio e os purgativos, tónicos e estimulantes, tratamento narcótico que se subdivide em opioides, injeções hipodérmicas de morfina, hiosciamina, e os sedativos como o cloral, paraldeído, canábis indica, os brometos, o sulfonal, etc. Aborda-se ainda os banhos, a electricidade e as dietas, e em separado dos tratamentos médicos, o tratamento geral ou moral, que aborda o repouso na cama, a ocupação, exercício e

---

[1] A referência principal é François Leuret, e práticas que eram intimidatórias, criticadas por outros alienistas. Ver LEURET, F. – Du traitement moral de la folie. Paris: Baillière, 1840.

[2] O tratamento moral não pode pois ser considerado precursor da psicoterapia. BERRIOS, G. E., Ibidem, p. 24.

[3] BERRIOS, G. E. – "The history of psychiatric therapies", p. 25.

[4] Idem, Ibidem, p. 37. Acrescenta noutro passo que se os tratamentos são intervenções destinadas a modificar experiencias e comportamentos considerados indesejáveis, o que é uma definição social, sendo melhor descritos como "actos sócio-éticos".

[5] TUKE, D. H. – A Dictionary of Psychological Medicine. I, II. London: J. A. Churchill, 1892.

divertimentos, escolaridade no asilo, apelos à razão, isolamento, e contenção física. Mas os hipnóticos e sedativos merecem um artigo separado, e muito mais longo, que inclui referencias aos sedativos propriamente ditos, hipnóticos ou soporíferos e narcóticos[1]. Um primeiro grupo inclui o brometo de potássio (referência principal do grupo), e outros brometos como o de sódio, amónio e lítio, que são analisados com certo pormenor, incluindo indicações, doses e riscos da utilização. Segue-se o grupo do clorofórmio e álcool, com as suas propriedades hipnóticas ou anestésicas, composto principalmente pelo álcool, o éter, paraldeído, clorofórmio, hidrato de cloral, cloral- amida, uretano, acetal, metilal, sulfonal, tetronal, hidrato de amileno, hipnona. O ópio e os seus alcaloides como a morfina são depois analisados com pormenor, e depois são referidas a codeína, hiosciamina e hioscina, sulfato de duboisina, canábis indica, conium, fisostigmina ou eserina, boldina e boldoglucina.

Outra obra de referência, pelo desenvolvimento e até pela influência que o seu autor teve em Portugal foi Krafft-Ebing e o seu *Traité Clinique de Psychiatrie* traduzido da 5ª edição alemã[2]. Enfatiza nas primeiras páginas do tratamento geral que "lugar de terror para os profanos, o asilo é para o alienista o meio terapêutico mais importante que ele possui contra a doença"[3]. Os procedimentos para acalmar a agitação e a irritabilidade acentuadas tinham a maior importância e nos calmantes gerais começa por colocar os narcóticos, com o ópio e a morfina, valorizando depois em certos casos, a codeína e os preparados da beladona. Salienta depois a importância dos preparados de bromo, de grande valor, e a hioscina que acha um poderoso calmante, e ainda a duboisina. Mas os calmantes podiam ser físicos e dietéticos, como os banhos tépidos de 25 a 27 graus, prolongados por várias horas[4]. Quanto aos hipnóticos, procura distinguir a insónia das nevralgias e outras algias em que recomenda o ácido salicílico ou a fenacetina, da ansiedade em que aconselha os banhos tépidos, a valeriana, a cânfora ou o bromo. Considera que o narcótico soberano é o hidrato de cloral por períodos curtos, e o paraldeído, inferior em eficácia mas a poder ser utilizado por mais tempo, e depois o hidrato de amileno e o sulfonal que valoriza muito, e pelo contrário desvaloriza o canábis, de efeitos duvidosos e não isento de riscos[5].

---

[1] Idem, Ibidem, volume II, pp.1128-1147. Sobre a introdução geral dos fármacos neste período consultar: MARTÍNEZ-PÉREZ, J. – "Nuevas respuestas a una conduta desviada: sobre los fármacos en el tratamiento de la locura durante el siglo XIX" e MUÑOZ CALVO, S. – "El psicofarmaco en el periodo contemporaneo". In LÓPEZ-MUÑOZ, F; ÁLAMO, C. – Historia de la Neuropsicofarmacologia. Madrid: Eurobook, 1998. pp. 51-78 ; pp.79-106.
[2] KRAFFT-EBING, R. – Traité Clinique de Psychiatrie. Paris: A. Maloine, 1897.
[3] Idem, Ibidem, p. 308. Ver "Therapeutique générale", pp. 299-336.
[4] Idem, Ibidem, pp. 320-321.
[5] Idem, Ibidem, pp. 322-324.

Quanto a tónicos, recomenda a hidroterapia e a faradização, mas considera haver indicações para o quinino, o ferro, e ainda a ergotina e a noz-vómica. Aborda ainda a dietética somática e sintomas isolados como a recusa de alimentos, a angústia precordial e as alucinações. Termina com o tratamento psíquico, virado para a tranquilização e o afastamento das causas psíquicas, e reafirmando a necessidade do isolamento, admitindo ainda o tratamento pela sugestão hipnótica, excelente nas nevroses.

Em Portugal parece ter sido importante neste período histórico, para o estudo destes temas Eduardo Augusto Motta, professor da Escola Médico-cirúrgica de Lisboa, autor de *Licções de Pharmacologia e Therapeutica Geraes*[1], cuja 3ª edição foi publicada em 1901, obra baseada "no que de mais actual se ia fazendo nacional e internacionalmente"[2]. O autor nesta edição substituíu a designação de medicação narcótica por medicação neurasténica que compreende o conjunto de medicamentos que actuam sobre os centros nervosos, ou sobre os nervos, aliviando a dor, extinguindo a sensibilidade, produzindo o sono, ou determinando a relaxação muscular[3]. Acrescenta que também são designados por sedativos, hipoesténicos, calmantes, estupefacientes, narcóticos. A medicação neurasténica é depois dividida em analgésica, anestésica, hipnótica e hipocinética, sendo a medicação hipnótica a mais importante pela frequência da sua utilização. Assim, analisa o emprego terapêutico do ópio e da morfina na insónia devida a nevralgias e dores ligadas a doenças graves, os brometos nomeadamente o de potássio, na insónia ligada a excesso de trabalhos intelectuais e estados nevropáticos por afecções morais e sono com pesadelos e alucinações, o cloral nas insónias febris graves, o paraldeído na insónia dos alcoólicos, o uretano para a insónia essencial e ligeira, o sulfonal para a insónia pertinaz e nervosa, tal como o trional e o tetronal[4]. A hipnona era reservada para a insónia dos alienados agitados, e a associação também podia ser aconselhada como a morfina associada ao cloral nos casos de delirium tremens mais agudos[5].

---

[1] MOTTA, Eduardo Augusto – Licções de pharmacologia e therapeutica geraes. 3ª ed. Lisboa: Typographia da Academia Real das Sciencias, 1901.

[2] PITA, J. R. – "A farmácia no Hospital de Rilhafoles. Estudo de caso do Formulário Especial dos Medicamentos para o Hospital de Alienados em Rilhafoles (1901) ". In Luzes e Sombras do Alienismo em Portugal. Actas do 1º Colóquio de História da Psiquiatria do Centro Hospitalar Conde de Ferreira. Porto: Santa Casa da Misericórdia do Porto, 2012. pp. 81-104. O autor lembra que os finais do século XIX e as primeiras décadas do século XX constituíram um período de passagem do medicamento manipulado para o medicamento industrializado, da farmácia artesanal para a farmácia industrial, da consolidação da figura do farmacêutico e da cientificação da farmácia.

[3] MOTTA, Eduardo Augusto, Ibidem, p. 461.

[4] Idem, Ibidem, pp. 526-528. Curiosamente cita Miguel Bombarda que no seu Relatório de Rilhafoles de 1892-1893 considerava a hyosciamina e o trional como hipnóticos notáveis nos estados de agitação. Mas não deixa de alertar para os efeitos da acção acumulada, com intoxicações graves depois de uso prolongado, devendo ter-se em conta as doses e não se devendo prolongar o uso além de 1-2 semanas.

[5] Idem, Ibidem, pp. 530-531.

A medicação hipocinética, com efeitos calmantes da acção muscular é depois desenvolvida, e salientada o emprego terapêutico em doenças como o tétano, a coreia, a epilepsia. Podiam ser paraliso-motores ou curarizantes, e moderadores reflexos, abatendo o poder reflexo da medula e do bolbo raquidiano. Quanto aos antiespasmódicos, opunham-se ao estado patológico chamado espasmo, por vezes também chamado eretismo, nervosismo, designando diferentes nevroses viscerais.

Se consultarmos os livros de referência da altura, como as *Leçons de Thérapeutique* de Georges Hayem[1], professor de Terapêutica e de Matéria Médica na Faculdade de Medicina de Paris, vamos encontrar sobre a medicação hipnótica o mesmo conjunto de fármacos que se mencionaram no livro de Eduardo Motta. A insónia era considerada sintoma de grande frequência e importância, quer na neurastenia quer nas outras formas da loucura ou das nevroses, e ainda em doenças como o alcoolismo, a paralisia geral, hemorragias ou tumores, doenças infecciosas, etc. Hipnóticos como o cloral, considerado excelente, o ópio e a morfina nas insónias por dores, a hiosciamina e a hioscina, o paraldeído, hidrato de amileno, uretano, sulfonal, hipnona, e os novos hipnóticos como a clorolamida, o ural, somnal e hipnal, eram pormenorizadamente descritos, com vantagens, inconvenientes, dosagens e critérios para escolha de cada um[2]. Refere ainda agentes secundários mas que podiam ser úteis em certos casos, como o metilal, a canábis[3], a piscidia eritrina, etoxicafeína, lactatos, o ar ionizado. E salienta no fim os meios físicos, como o frio em aplicações locais, e em aplicação geral os duches com água a 30-32 graus em jacto ou chuva fina sob forte pressão, durante 2-4 minutos, que considera a fórmula hidroterápica por excelência aplicada ao sintoma insónia. Numa pequena nota alude à medicação estupefaciente[4], reservada para o elemento delírio, uma perversão mórbida das funções psíquicas, que divide em delírio nervoso sintomático das nevroses, tóxico e por causas infecciosas e orgânicas diversas. Nestas últimas indica medicações antipiréticas e esténicas, além do banho frio. Nas nevroses os hipnóticos e fármacos para os nervos, mas talvez com mais sucesso os brometos e os antiespasmódicos, tal

---

[1] HAYEM, G. – Leçons de Thérapeutique. Paris: G. Masson, 1891.

[2] HAYEM, G., Ibidem, pp. 139-178. No geral, consideravam-se os novos hipnóticos menos eficazes, mas desprovidos dos inconvenientes dos mais antigos.

[3] Idem, Ibidem, pp. 172-174. Mencionando o haxixe, as preparações farmacêuticas do cânhamo indiano, anota terem sido fonte de excessos de todo o género, e que se pode ver aí "uma das principais causas da decadência guerreira dos orientais".

[4] Eduardo Motta discorda da criação deste grupo por Hayem, porque esta medicação não seria mais do que um complemento da hipnótica, visto que muitas vezes o delírio acompanha a insónia e obedece ao mesmo tratamento. Ver MOTTA, Eduardo Augusto, Ibidem, p. 462.

como para a loucura[1]. Acrescenta o cloral, os narcóticos, a hiosciamina e a hioscina e os outros hipnóticos simples. Apenas faz uma menção particular á hioscina que parece ter eficácia nos loucos agitados, no delirium tremens e na excitação maníaca de forma crónica; nas formas crónicas refere os brometos e os antiespasmódicos, e naturalmente a hidroterapia em todas as suas formas[2]. Quanto aos antiespasmódicos, o autor aborda em especial as convulsões gerais epilepticas ou epileptiformes, para as quais considera especialmente indicados os brometos alcalinos, nomeadamente o brometo de potássio, como sedativo, como hipnótico e como antiespasmódico (e o de sódio, de amónio e de cálcio)[3].

Ainda menciona os tratamentos por meios físicos, como a electricidade, nomeadamente a faradização, massagem e hidroterapia e curas termais, nomeadamente a propósito da neurastenia e da cura de Weir Mitchell, considerando que o tratamento moral, com isolamento e repouso, as dietas e o emprego de meios físicos, com massagens, electrização, hidroterapia e alimentação progressiva, traziam resultados muito superiores ao uso dos agentes medicamentosos[4].

No *Tratado Prático de Medicina Moderna*[5], Oliveira Castro e Cardia Pires aproximam a atitude terapêutica na histeria com a da neurastenia. Assim, na histeria concedem um lugar primacial no tratamento à hidroterapia, sendo preferível o duche frio de curta duração, mas por longo tempo, com enfaixamento no princípio do tratamento. Registam ainda o valor terapêutico do hipnotismo e da electroterapia, enquanto consideram o tratamento farmacológico para a histeria pouco eficaz, sendo apenas aconselhados o brometo de potássio, a hiosciamina, morfina se houver dores ou convulsões, e as lentículas antinevróticas. O isolamento nos casos rebeldes, com a massagem constitui o método de Weir Mitchell, aplicável à neurastenia e à histeria[6]. Na neurastenia, o principal recurso seria a hidroterapia, enfaixamento e duches frios, quentes apenas para a insónia, e a electricidade, associada ao repouso, isolamento, regime alimentar especial (método de Weir-Mitchell). Considera o tratamento farmacológico secundário, consistindo nos tónicos e calmantes, preferindo a associação da estricnina associada ao glicerofosfato de cal, ou ao fosforeto de zinco; e como

---

[1] HAYEM, G., Ibidem, pp. 178-183. Reconhece contudo que apesar dos novos agentes, eles apenas são paliativos, e o número de curas não sofreu qualquer progresso pelo facto de ter enriquecido o arsenal terapêutico.
[2] Idem, Ibidem, pp.182-183. Fica claramente expresso o tipo de fármacos utilizados, e reconhecidas as limitações terapêuticas da sua utilização.
[3] Idem, Ibidem, pp. 184-205.
[4] Idem, Ibidem, pp. 309-313. O autor liga a neurastenia à frequente dispepsia, que em certos casos produzia como a histeria uma depressão moral profunda, com "perversão da vontade e do carácter".
[5] CASTRO, O., PIRES, C. – Tratado Prático de Therapeutica Moderna. Porto: Typographia da Empreza Litteraria e Typographica, 1900.
[6] Idem, Ibidem, pp. 533-535.

tónico o oxalato de ferro. Além do tratamento geral coloca as medicações sintomáticas, para as dispepsias frequentes, para a insónia, sulfonal ou brometo de potássio; e para a cefaleia, cafeína com fenacetina[1].

Também os formulários contêm essencialmente os produtos que foram sendo mencionados com as indicações terapêuticas respectivas. Assim, no *Nouveau Formulaire Magistral de Thérapeutique Clinique et de Pharmacologie*, da autoria de Odilon Martin[2], vemos os brometos de potássio e de sódio, nomeadamente, com a sua acção sedativa e antiespasmódica estar indicados na epilepsia, coreia, e eclampsia; o brometo de canfora, útil na histeria, delirium tremens, e morfinomania; o hidrato de cloral com acção hipnótica e anestésica, nas insónias com agitação e que se podia associar aos brometos, a cocaína nas anestesias cirúrgicas pré-operatórias ou crises fulgurantes da tabes, os glicerofosfatos na neurastenia; a hiosciamina e a hioscina, sedativos considerados muito activos mas tóxicos, hipnal e hipnona como hipnóticos mais fracos, a cola como tónico, a noz-vómica e a estricnina como tónico e anti neurasténico; ópio e a morfina, e a valeriana em manifestações nervosas,etc. No *Nouveau Formulaire Magistral* de Bouchardat e Bouchardat[3] os autores utilizam a designação de medicação neurotrópica que reúne os narcóticos, os anestésicos, antiespasmódicos e outros agentes que são modificadores do sistema nervoso. Neste formulário já surge o veronal e outros derivados, considerados de acção menos segura que o cloral e os preparados opiáceos. Também a escopolamina, sucedâneo da hioscina, aparece no formulário, e a cocaína considerado anestésico local precioso, o clorofórmio, a cânfora, a valeriana. Depois os medicamentos tetânicos como a estricnina, e os estimulantes como o álcool, a cafeina e o chá.

É muito interessante a edição portuguesa do *Formulário Astier. Vade-Mecum de Clinica Therapeutica e Pharmacologia*[4] por colocar o tratamento a seguir às doenças que enumera. Na epilepsia, o bromureto de potássio, eventualmente em associação com os bromuretos de sódio e de amónio.

Na histeria, dos métodos psicoterápicos o isolamento era considerado o melhor modo de tratamento, e dos métodos físicos, a electricidade e a hidroterapia, e ainda as curas termais.

Na neurastenia, o tratamento moral era o mais importante, seguindo-se a higiene e medicações físicas, com a hidroterapia e a electricidade, e o tratamento medicamentoso, com o

---

[1] Idem, Ibidem, pp. 583-585.

[2] MARTIN, O. – Nouveau Formulaire Magistral de Thérapeutique Clinique et de Pharmacologie. Paris: J.-B. Baillière et Fils, 1908.

[3] BOUCHARDAT, A., BOUCHARDAT, G. – Nouveau Formulaire Magistral. Paris: Felix Alcan, 1909. 34ª ed

[4] Formulario Astier. Vade-Mecum de Therapeutica e Pharmacologia. Edição portuguesa traduzida da 3ª edição francesa. Paris: Librairie du “ Monde Médical”, 1912.

glicerofosfato de cálcio, cacodilato de sódio, e ferruginosas. Com a cura de Weir Mitchell agrupava-se simultaneamente: isolamento e repouso completos, a massagem, os movimentos passivos, a faradização das massas musculares[1]. Como regime alimentar, a dieta láctea a ser depois enriquecida, e óleo de fígado de bacalhau.

Na paralisia geral, apesar de serem consideradas discutíveis as vantagens do tratamento, e como os indivíduos eram considerados sempre sifilíticos, podia prescrever-se o mercúrio, de forma curta e intensiva, e se ao fim de dois ou três meses se não houvesse resultados, devia suspender-se[2]. Fora do tratamento específico, apenas recomenda os purgativos leves e frequentes e nos casos de caquexia rápida os preparados de arsénico. Recomendava ainda cuidados dietéticos, internamento quando houver excitação maníaca ou melancolia grave e tratamento das complicações.

Na idiotia, imbecilidade, atraso mental, o tratamento fundamental era o tratamento médico-pedagógico em asilos especiais. O isolamento era muito importante, porque de contrário podiam ser nocivos para a sociedade.

Nos delírios[3], o tratamento causal era lutar contra a causa do delírio, infecções, intoxicações, moléstias diatésicas. O tratamento sintomático, consistia em hidroterapia morna com banhos prolongados, repouso absoluto no leito, laxativos leves, diuréticos, regime alimentar lácteo ou lácteo-vegetariano. Acrescenta-se que se deviam usar o menos possível, medicamentos.

O Guide-Formulaire publicado em 1925 por V. Herzen[4], apesar de conter grande riqueza de pormenores não se afasta muito do Formulário Astier, excepto num pequeno número de inovações terapêuticas. Assim, nas epilepsias, o tratamento higiénico pormenoriza indicações de vida calma no campo, desaconselhando o casamento e aconselhando a instrução privada no seio da família, pugnando por regime alimentar lacto-vegetariano, sem chá, café ou tabaco. No tratamento farmacológico, além do brometo de potássio, surge o gardenal ou luminal, o tetraborato de sódio, o tartrato bórico-sódico ou potássico que faziam diminuir o número de ataques convulsivos e melhoria do estado psíquico e do estado geral[5]. Na histeria, além do tratamento geral, com as medidas higiénicas habituais, mantém-se a indicação do isolamento no tratamento psíquico mas menciona-se a "procura da ideia consciente ou subconsciente que preside aos acidentes"[6], a electroterapia e a hidroterapia, e no tratamento sintomático os anti-

---

[1] Idem, Ibidem, p. 17.
[2] Idem, Ibidem, pp. 19-20.
[3] Idem, Ibidem, p. 8.
[4] HERZEN, V. – Guide – Formulaire de Thérapeutique. Paris: J.-B. Bailliere et Fils, 1925. (12ª ed.).
[5] Idem, Ibidem, pp. 405-411.
[6] Idem, Ibidem, pp. 581-585.

nervinos, antiespasmódicos e hipnóticos, além do tratamento electrico, a sugestão no estado de vigília (psicoterapia) e a hipnose.

Na melancolia, salienta-se o regime de vida calma e o isolamento, um estabelecimento hidroterápico nas doenças pouco intensas, mas recorrer a casa de saúde nas formas agitadas ou delirantes[1]. Quando o seu estado o permitir, devia ocupar-se, distraindo o pensamento das preocupações que o absorvem, passeios ao ar livre, trabalho no campo, jardinagem, ginástica moderada, com períodos longos para repouso. Importante mostrar interesse pelo seu estado, ganhar a sua confiança, sem se associar às suas ideias delirantes e evitar discuti-las. A alimentação prescrita devia ser substancial e abundante, permitindo os estimulantes (chá, café, vinho) em pequena quantidade, e os tónicos; combater a obstipação e a anorexia, estimular a nutrição geral e activar a circulação cutânea com a hidroterapia, as massagens, fricções, banhos sinapizados,electricidade estática ou farádica. Para a insónia, usar os sedativos e os hipnóticos: brometos alcalinos, cloral, trional, sulfonal, veronal, ou mesmo o paraldeído. Se houver exaltação nervosa, ópio ou morfina, especialmente nos casos recentes, com anemia ou alcoolismo, e na mulher; nas formas ansiosas usar o pantopon[2] ou fosfato de codeína. Ainda separa a melancolia simples, cujo tratamento foi referido, acrescentando-se contra a depressão o uso do sulfato de estricnina em altas doses, e o cânhamo indiano ou o paveron (papaverina) para combater a dor psíquica. Na melancolia depressiva com ideias delirantes[3], estava indicado o internamento numa casa de saúde, com regime lacto-vegetariano, tratamento moral, uso da morfina, fosfato de codeína se melancolia ansiosa, vigilância atenta e se necessário sequestração. Este regime era também indicado na melancolia estuporosa.

Quanto à neurastenia ou doença de Beard[4], é tratada com grande soma de pormenores, mas não se afasta do já anteriormente referido: a hidroterapia, o tratamento mais eficaz, podendo ser precedida da cura americana de Weir-Mitchell. É referida também a electroterapia, a massoterapia que podia ser associada à ginástica sueca, e a psicoterapia de fundamento moral, o repouso, a alimentação frequente mas em pequenas quantidades. Era preferível o clima de montanha, e evitar estadias à beira-mar. Dos medicamentos, prescreviam-se os tónicos, depois havia prescrições particulares em casos de neurastenia abdominal ou gástrica com dispepsia

---

[1] Idem, Ibidem, pp. 667-669.

[2] Era um preparado contendo todos os alcaloides do ópio, utilizado como analgésico e sedante, e em insónias de diversa natureza; o seu conteúdo de morfina era de 50%. Ver TRENDELENBURG, P. – Bases de Terapêutica Medicamentosa. Lisboa: J. Rodrigues & Cª, 1927; ROF CARBALLO – Formulário Clinico Labor. Barcelona: Editorial Labor S. A.,1958.

[3] HERZEN, V., Ibidem, p. 668.

[4] Idem, Ibidem, pp. 717-735.

frequente, ou com algias viscerais; neurastenia cardíaca, neurastenia cerebral, neurastenia genital, neurastenia medular e ainda a neurastenia traumática ou histero-neurastenia, onde se aplicava o tratamento de Weir-Mitchell.

O livro *Bases de Terapêutica Medicamentosa* de Paul Trendelenburg[1], professor de Farmacologia em Friburgo, passa em revista os grupos medicamentosos usados na prática clínica. Nas indicações da morfina, o autor recomenda prudência, estando as indicações terapêuticas fortemente limitadas pelo risco de morfinismo crónico, dando o exemplo das demoradas doenças dolorosas e dos estados crónicos de depressão, e a sua acção hipnótica não permitia o seu uso no tratamento da simples insónia. O bromidrato de escopolamina (antes bromidrato de hioscina) como calmante nas doenças mentais destronara a morfina nos casos de agitação. Também o hidrato de cloral, calmante e hipnótico de referência, tinha fundamental indicação nos estados de hiperexcitação motora, mas o autor constata que para combater as convulsões dos epilepticos, o seu uso se tornou raro desde a descoberta da acção anti- convulsivante do luminal. O paraldeído podia ser usado na excitação psíquica mas a repugnância pelo cheiro limita a sua utilização. O hidrato de amilena, assim como o uretano, foram substituídos por hipnóticos mais recentes. O veronal era considerado um hipnótico de confiança, mas nos estados de excitação psíquica grave devia ser preterido pelo paraldeído ou pelo hidrato de cloral, ou outros derivados do ácido barbitúrico, e era recomendado nos enjoos marítimos, automobilísticos e ferroviários.

O luminal foi introduzido como hipnótico na terapêutica em 1912, mas Hauptmann descobriu as excelentes propriedades anticonvulsivas do fármaco nas epilepsias, muito superiores à do ácido dietil-barbitúrico (veronal), e ainda na eclampsia e na coreia, e também usado em casos de excitação alucinatória e nas enxaquecas (hemicranias). O sulfonal era pouco empregado, apenas quando falham ou não são suportados, na insónia, os barbitúricos[2]. A sua acção era incerta nos estados de excitação psíquica.

Os sais de bromo e a acção anti-epileptica do brometo de potássio foram reconhecidos em meados do século XIX, sendo considerado o mais importante medicamento anti-epileptico até

[1] TRENDELENBURG, P. – Bases de Terapêutica Medicamentosa. Lisboa: J. Rodrigues e C.ª Editores, 1927. A tradução de Sílvio Rebello, professor de Farmacologia da Faculdade de Medicina de Lisboa, é também uma adaptação à Farmacopeia Portuguesa, o que torna o livro precioso. O original alemão é de 1926.

[2] TRENDELENBURG, P., Ibidem, p. 106. O autor anota que as suas limitadas acções acessórias sobre a respiração e a circulação dera-lhe como hipnótico um lugar muito superior ao do hidrato de cloral, lugar que veio a ceder aos derivados do ácido barbitúrico.

ao aparecimento do luminal[1]. Quanto à valeriana, foi empregada em quase todos os estados convulsivos antes de conhecidos outros fármacos de efeitos confirmados nessas doenças. Desde então o seu uso foi posto de lado, empregando-se ainda nas manifestações de nervosismo, especialmente nas nevroses cardíacas e vasculares.

Um dos mais controvertidos temas nesta altura era a sífilis, e o autor enfatiza a importância da quinina na terapêutica e profilaxia do paludismo, mencionando a cura da infecção malárica inoculada com fins terapêuticos nos paralíticos gerais[2]. O emprego dos mercuriais datava do século XVI, fora posto de parte pelos graves inconvenientes causados pelo seu uso enérgico, mas voltara a ser usado com muito maiores precauções. A acção do salvarsan e do bismuto era considerada certa e rápida, nas manifestações meta-sifilíticas (tabes, paralisia geral) e os tratamentos eram intermitentes, com períodos de descanso; o tratamento pelo mercúrio era o menos seguro. O bismuto e derivados eram utilizados em todos os estádios da sífilis, podendo dar intoxicações, mas menos graves do que as do mercúrio. Após longas pesquisas para obter arsenicais com poder contra a espiroquetose mas com toxicidade mínima, Ehrlich (1909) conseguira descobrir o salvarsan[3] e depois outros derivados como o neo-salvarsan, que foram reconhecidos como sendo eficientes, com rapidez e segurança superiores ao mercúrio. O frequente aparecimento de recidivas nos casos antigos mostrava as limitações do tratamento, que podia ter bom êxito na sífilis cerebral e na tabes, mas refere já não estar a ser usado na paralisia geral[4]. Ainda são mencionados os tratamentos iodados (iodeto de potássio, iodeto de sódio), que não curavam a sífilis terciaria, mas influenciavam positivamente as suas manifestações.

O tratamento pela febre malárica foi o tratamento que mais se aproximou do ideal do século XX de uma terapêutica efectiva: "um tratamento específico para uma doença específica"[5]. A terapêutica pela febre já fora utilizada em várias afecções, mas a malária resultava melhor nos doentes com paralisia geral. Em 1917, Julius Wagner von Jauregg descobriu que os doentes com paralisia geral melhoravam de forma marcada depois de inoculados com sangue infectado de doentes com malária, resultando, depois de um período de incubação, fases

---

[1] Idem, Ibidem, p.107. O autor adverte que a administração dos sais de bromo prolongada durante muito tempo provoca uma intoxicação crónica.

[2] Idem, Ibidem, p. 278.

[3] Idem, Ibidem, pp. 288-291.

[4] Idem, Ibidem, p. 291.

[5] BRASLOW, J. – "Punishment or Therapy. Patients, Doctors, and Somatic Remedies in the Early Twentieth Century". In The Psychiatric Clinics of North America. Philadelphia: W.B. Saunders Company. vol.17, nº 3 (1994), pp. 493-513; BRASLOW, J. – Mental Ills and Bodily Cures. Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century. Berkeley: University of California Press, 1997.

recorrentes com arrepios e náuseas seguidos de febre alta, a que os médicos punham cobro com o sulfato de quinina[1]. A malária ou paludismo é uma doença infecciosa causada por esporozoários parasitas pertencendo ao género plasmodium, inoculados nos seres humanos pela picada de certos mosquitos. Os primeiros doentes foram infectados pela forma mais maligna, ocasionando mortalidade elevada. Quando Wagner von Jauregg passou a utilizar a forma mais benigna (plasmodium vivax) a mortalidade diminuiu muito e apesar do tratamento ser muito penoso, os doentes e os médicos estavam de acordo com os seus benefícios[2]. Constituiu a mais significativa inovação terapêutica da década de 1920, que relançou a esperança e o optimismo, para mais numa doença das mais frequentes nos asilos e associada a um prognóstico mortal. Wagner von Jauregg foi galardoado com o Prémio Nobel em 1927, e vários livros sobre as terapias somáticas iniciam-se ou incluem um capítulo sobre as terapêuticas pela malarioterapia[3]. Tornou-se o principal tratamento biológico antes da chegada dos tratamentos de choque dos finais da década de 1930[4]. No final da década de 1940 a malarioterapia foi-se tornando progressivamente inútil, pela diminuição marcada dos casos de paralisia geral e pelo aparecimento da penicilina, e o entusiasmo pela terapêutica deu lugar trinta anos depois ao cepticismo[5].

Um outro tipo de terapia da década de 1920 foi a cura de sono ou narcose prolongada, tendo sido Jakob Klaesi quem sistematizou a técnica em 1922, no Burgholzli em Zurique, utilizando o barbitúrico Somnifene, fornecendo muitas horas de sono por dia, que podiam variar de alguns dias em estados agudos de ansiedade até semanas no doente profundamente deprimido ou muito agitado, podendo depois ser seguido em psicoterapia. Os resultados benéficos revelaram-se aleatórios, com indicações diferentes consoante os autores, em tratamentos prolongados os riscos de vida aumentavam, e em situações clínicas mais graves, as terapias físicas dos anos 30 superaram com vantagem a narcoterapia[6].

---

[1] O sangue podia provir de um doente malárico, mas mais vezes de um paralítico geral já inoculado, ou ainda recorrer-se à picada do mosquito para obter a infecção pelo plasmodium vivax.

[2] MISSA, Jean-Noel – Naissance de la Psychiatrie Biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XX[e] siècle. Paris: Presses Universitaires de France, 2006; BRASLOW, J. – Mental Ills and Bodily Cures. Berkeley: University of California Press, 1997.

[3] CLAUDE, H.; RUBENOVITCH, P. – Thérapeutiques Biologiques des Affections Mentales. Paris: Masson, 1940; SARGANT, W., SLATER, E. – Métodos Somáticos de Tratamiento en Psiquiatria. Madrid: Espasa – Calpe, 1947.

[4] MISSA, Jean-Noel, Ibidem, p. 34. Lembra que o tratamento físico de base da alienação mental no século XIX foi a hidroterapia.

[5] MISSA, Jean-Noel, Ibidem, p. 63. Compara o mesmo fenómeno com outros que menciona como a insulinoterapia. Apesar de tudo, o impaludismo foi utilizado paralelamente à penicilina até aos anos 50.

[6] Ver: SARGANT, W.; SLATER, E., 1947; MISSA, J.N., 2006; CLAUDE, H.; RUBENOVITCH, P.,1940.

Mencionam-se ainda outras tentativas terapêuticas, principalmente em doentes com psicoses, utilizando técnicas provocadoras da febre, quer por métodos físicos, químicos ou parasitários, alguns de grande risco, outros destinados a acalmar a agitação como os abcessos de fixação, mas sem qualquer potencial curativo[1].

Jean-Noel Missa no seu estudo lembra a tripla função da psiquiatria: disciplinar, a função de controlo, terapêutica e científica, dizendo que os historiadores têm insistido no papel disciplinar, e refere Joel Braslow ao sustentar que as terapêuticas dos psiquiatras apoiam uma prática disciplinar, tal como Michel Foucault[2]. Missa concorda que, na impossibilidade de poder curar, o papel essencial era acalmar, controlar a agitação e também as terapêuticas pela febre se reconverteram em tratamento da agitação. Embora isto possa dar alguma razão a Foucault, Missa considera que ele poderá ter razão de modo contingente, porque a vocação psiquiátrica não seria disciplinar, tudo derivando dum empirismo terapêutico, decorrente do nível científico da ciência psiquiátrica do início dos anos trinta[3].

Garfield Tourney[4] fez um interessante e pertinente comentário ao escrever que a história dos métodos de tratamento em psiquiatria revelava um padrão geral que se pode esquematizar como de grande entusiasmo na introdução dos novos tratamentos que é acompanhado por registos de curas ou melhorias marcadas, seguindo-se um declínio do entusiasmo inicial e uma avaliação de resultados cada vez mais prudente. A seguir o tratamento ou é rejeitado ou aceite no arsenal terapêutico com aplicabilidade bastante mais limitada da que era proposta pelos seus proponentes iniciais. Esta espécie de movimento evolutivo circular podia ser visto quer na aplicação do tratamento moral, quer no tratamento hospitalar, psicoterapia, drogas e terapias físicas[5]. Esta conclusão reforça a ideia do empirismo terapêutico, que continuou presente a partir da década de 1930 com os outros tratamentos de choque. Dois pequenos livros que tratam exclusivamente dos tratamentos psiquiátricos também parecem corroborar

---

[1] Ver CLAUDE, H., RUBENOVITCH, P.,1940. pp. 65-92. Sobre a panóplia variada dos meios de tratamento utilizados até aos finais do século XIX, consultar QUÉTEL, Claude; MOREL, P. - Les fous et leurs médecines de la Renaissance au XX[e] siècle. Hachette, 1979. Ver o capítulo que denominam "o barroco terapêutico", pp. 25-66.

[2] MISSA, J. N., Ibidem, pp. 19-20. Cita a historiadora Dora Weiner para criticar a ideia de que a disciplina psiquiátrica tem por finalidade colocar fora de circuito certos indivíduos inúteis para o aparelho produtivo. Ver WEINER, D. B. – Comprendre et soigner, Philippe Pinel (1745- 1826). Paris: Fayard, 1999.

[3] MISSA, J. N., Ibidem, pp. 86-87.

[4] TOURNEY, G. – "A History of Therapeutic Fashions in Psychiatry, 1800-1966". American Journal of Psychiatry. 124, 6 (1967), pp. 784-796.

[5] TOURNEY, G., Ibidem, pp. 784-796.

esta tese[1], para além da denominada evolução convergente já citada, referida por Berrios sobre a história dos tratamentos[2].

Nos finais do século XIX surge a psicoterapia. A contribuição de Hippolyte Bernheim é decisiva, fazendo uma crítica sistemática da doutrina da histeria da Salpêtrière, demonstrando os artifícios da construção de Charcot, onde participavam muitos factores sugestivos[3]. A sua obra contribui para a difusão do hipnotismo e da sugestão como agentes terapêuticos e depois para o trânsito do hipnotismo à sugestão. Onde Charcot e a sua escola viam factos de neurose artificial de natureza histérica, Bernheim impõe a ideia, de 1884 a 1891, que o estado hipnótico é um sono determinado por sugestão, apenas exagero de uma disposição presente na maioria dos indivíduos[4].

A influência de Bernheim em Janet e Freud é importante, Freud estagiando em Nancy e traduzindo um livro de Bernheim, Janet reconhecendo mais tarde com honestidade a importância da sua obra e a vitória completa da escola de Nancy sobre a Salpêtrière[5]. Note-se que a noção de inconsciente é anterior a Freud, e por exemplo em 1889, em *L'Automatisme Psychologique*[6], Janet mostra o inconsciente como uma instância psíquica capaz de elevadas operações da consciência, existindo no homem normal como no doente, fenómenos de automatismo, devidos a fraqueza ou estreitamento do campo da consciência, e regidos pelo subconsciente, termo que utiliza.

A ideia de psicoterapia é assim forjada entre 1885 e 1914, e vem de duas correntes principais: reintrodução a partir dos fenómenos hipnóticos por Bernheim e a escola de Nancy – psicoterapia por *sugestão*; e a reacção aos fracassos e incertezas desta, com Dubois e Déjerine – psicoterapia por *persuasão*. Esta contradição define o espaço problemático de todo o projecto psicoterapêutico posterior[7].

---

[1] CADE, J. F. J. – Mending the Mind. A short history of twentieth century psychiatry. Melbourne: Sun Books, 1979. Igualmente, JONES, W. L. – Ministering to minds diseased. A history of psychiatric treatment. London: W. Heinemann Medical Books, 1983. O livro de Cade trata quase só das terapias físicas, o de Jones dos tratamentos somáticos, psicoterapias e tratamentos sociais e ambientais.

[2] Ver BERRIOS, G. E. – "The history of psychiatric therapies". In Cambridge Textbook of Effective Treatments in Psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press, 2008. pp. 16-44.

[3] A introdução de um factor subjectivo na sintomatologia histérica não é exclusiva de Freud, pois Bernheim e Janet referiram-no antes. Ver LÓPEZ PIÑERO, MORALES MESEGUER – Neurosis y Psicoterapia. Un estudio histórico. Madrid: Espasa-Calpe, 1970. p. 375.

[4] Ver BERNHEIM, H. – Hypnotisme, Suggestion, Psychothérapie. Aves considerations nouvelles sur l'hystérie. Paris: Fayard, 1995. (reed. de 1891 e 1903).

[5] JANET, P. – La Médecine Psychologique. Paris: L´Harmattan, 2005. p.17. (1ª edition, 1923).

[6] JANET, P. – L'Automatisme Psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Paris: F. Alcan, 1889. (réédité en 1973 par la Société Pierre Janet).

[7] GAUCHET, M., SWAIN, G. –"Du Traitement Moral. Remarques sur la formation de l'idée contemporaine de psychothérapie". Paris: Confrontations psychiatriques. nº 26 (1986), pp. 19-40.

A análise psicológica de Janet pode ser vista como uma versão sofisticada do emprego do processo sugestivo, valorizando o sonambulismo provocado, a hipnose, a escrita automática, o sonho, a associação livre de palavras, com afinidades com o método catártico de Breuer e Freud[1], e a doutrina psicanalítica de Freud como um método que conseguiu encontrar uma via mediana entre sugestão e persuasão[2].

Em Portugal a evolução no capítulo das terapêuticas foi acompanhando em traços gerais o que passava nos outros países da Europa e da América.

O Relatório de António Maria de Sena, director do Hospital do Conde de Ferreira, relativo ao primeiro biénio (1883-1885), com alguns capítulos escritos pelos seus colaboradores foi um documento fundamental[3]. O capítulo II sobre tratamentos e resultados obtidos inicia-se dizendo que "o tratamento dos alienados decompõe-se em cuidados higiénicos, meios preventivos e impeditivos dos seus desatinos, consistindo na assistência de um pessoal zeloso e habilitado, auxiliado com meios de repressão, tratamento propriamente médico e cuidados particulares para consolidar as melhoras obtidas"[4].

Os cuidados higiénicos (ar, água, e alimentação) eram fundamentais. A média do consumo de água por doente era de 200 litros por dia, com lavagens abundantes e desinfecção, aplicações hidroterápicas, para se conseguirem assim evitar as doenças infecciosas.

Quanto ao pessoal assistente encarregado de guardar os doentes devia ser numeroso e habilitado, sendo o adjuvante mais precioso do tratamento, fazendo as aplicações prescritas pelos médicos. A média diária deste pessoal, em serviço constante, foi de 48 empregados (para 4 médicos no primeiro ano, e 5 no segundo ano). Mas recrutá-lo, educá-lo e conservá-lo num serviço tão penoso era difícil, no dizer do Relatório. Aceitavam-no "indivíduos sem educação, imbuídos de preconceitos tradicionais desfavoráveis aos doentes e não o suportavam tempo suficiente para receberem a educação conveniente"[5]. Fez largo uso de gratificações concedidas pelo regulamento aos empregados que se distinguiram e usou do rigor disciplinar nomeadamente quando houve maus tratos dados aos doentes. "Das qualidades antipáticas dos loucos e da pouca cultura do pessoal é que nascem às vezes conflitos, de que resultam maus tratos para uns e outros"[6], acrescentando ser necessário ter

[1] FREUD, S.; BREUER, J. – Études sur l´hystérie. Paris: P.U.F., 1956. (1ª ed. 1895).
[2] GAUCHET, M., SWAIN, G., Ibidem, pp. 28-37.
[3] SENNA, António Maria de – Relatório do Serviço Medico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira relativo ao primeiro biennio (1883-1885). Porto: Typographia Occidental, 1887.
[4] Idem, Ibidem, p. 53. Ver o capítulo segundo, pp. 53-88.
[5] Idem, Ibidem, p. 55.
[6] Idem, Ibidem, p. 55.

uma certa elevação de espírito, uma cultura não vulgar e a impassibilidade, que só nasce com a prática no serviço, para responder com brandura e carinho às agressões, despropósitos e ingratidão dos alienados. E acrescenta que "ao médico é indesculpável qualquer falta, aos empregados menores tem que se lhes desculpar muito; pelo menos entre nós, é nos asilos que os doentes são melhor tratados"[1].

Dos meios de repressão só eram permitidos os autorizados pelo regulamento a reclusão em quartos fortes e o colete-de-forças, mas a alimentação forçada também se podia incluir. Aconselhava-se muita moderação e dizia-se também que o agricultor português, ocupado em trabalhos agrícolas, sob um clima encantador, preferia a morte ao encerramento na célula da penitenciária. Por isso, acrescenta que no asilo era evidente o benefício salutar da vida ao ar livre, sendo muito apreciado quando os doentes andavam ao ar livre nos jardins e parques do estabelecimento.

O colete-de-forças empregava-se largamente, mas anota que a vigilância contínua podia substituir com vantagem os meios repressivos. A alimentação forçada foi algumas vezes necessária, com introdução de sonda pelas narinas, mas nos casos de agitação considerável o efeito calmante do banho geral quente preparava os doentes para receberem o alimento que antes recusavam. Também é referida a importância da simpatia sexual, pois os homens submetiam-se mais facilmente às mulheres e sobretudo as mulheres aos homens.

Quanto ao tratamento médico, o autor cita Maudsley[2] "Se a cura se pode obter, deve-se contar apenas com a higiene moral sã e com os efeitos curativos do tempo, e os efeitos terapêuticos da medicação apropriada aos padecimentos físicos que se dão ao alienado, sejam eles ou não a condição fundamental da doença do espírito"[3]. António Sena considerava que o estado vicioso do espírito, que propriamente exprimia a loucura, nascia e constituía-se – "umas vezes, à custa de impressões externas, de natureza moral, modelando sucessiva e continuamente uma feição especial no modo de sentir, pensar e obrar – outras vezes por efeito de impressões internas extra-cerebrais que levam ao cérebro abalos desusados, inconscientes, - ou enfim, idiopaticamente, i.e., em consequência de alterações diversas, reparáveis ou irreparáveis, do aparelho das funções mentais, bem como dos órgãos que como ele estão formando corpo"[4]. Em cada um destes casos não era o delírio o sintoma único da alienação mental, pois

[1] Idem, Ibidem, p. 55.
[2] Senna cita a edição francesa: La pathologie de l'esprit. Ver MAUDSLEY, H. - The Pathology of Mind. A study of its distempers, deformities and disorders. London: Julien Friedmann Publishers, 1979. (based on the 1895 edition).
[3] SENNA, Antonio Maria de, Ibidem, p. 58.
[4] SENNA, Antonio Maria de, Ibidem, p. 59.

fenómenos de ordem somática acompanhavam o delírio e era neles, em especial, que deviam fundar-se as indicações terapêuticas principais. Ora sendo a loucura produzida e mantida por influência do meio em que vive, importava afastar o doente do meio – sequestração nos asilos - conseguindo-se a supressão das influências morais. Cita numa referência fundamental, Morel: "Não é, em geral, contra tal ou tal estado delirante que o médico dirige a sua medicação, mas sim contra o estado patológico que perturba as relações da alma com o seu instrumento doente – o corpo"[1].

No asilo, o tratamento do alienado devia ser carinhoso e com brandura, não se aceitando as concepções extravagantes do seu delírio, mas sem grande oposição, combatendo-as moderadamente, afinal uma questão de bom senso. O tratamento moral bem dirigido era importante, mas limitado[2]. Começava por distinguir na terapêutica[3], uma medicação contra a fluxão e hipertermia encefálicas e eretismo funcional do cérebro, que era sedante por combater o exagero funcional, antiflogística por diminuir a calorificação, e antifluxionar por atacar a congestão, empregando os seguintes meios: Os banhos e os meios farmacológicos.

Os banhos podiam ser de imersão, mais de metade com afusões frias à cabeça. No banho geral quente, por vezes usavam-se pulverizações de éter. A temperatura do banho variava de 32 a 36º C com duração de meia hora a duas horas. Todos os clínicos registavam o efeito salutar na sedação e redução da hipertermia e hiperemia encefálica. Nos delírios agitados, maníaco ou melancólico, simples ou sistematizado, empregava-se o banho geral quente simultaneamente com a refrigeração da cabeça. A hidroterapia era considerada fundamental para obter a sedação do sistema nervoso exaltado e Sena afirmava que "sem um bom estabelecimento hidroterápico, não tomaria conta da direcção de um estabelecimento de tratamento de alienados"[4].

Quanto aos meios farmacológicos, o autor assegura que muitos doentes se curaram exclusivamente com os banhos e o bromureto de potássio, à parte os efeitos salutares do isolamento, assistência conveniente e condições higiénicas. O bromureto era descongestionante do cérebro e abatia a exaltação funcional dos elementos nervosos. Inclusivamente em certos casos o bromismo agudo podia ser útil. A ergotina actuava nas

---

[1] MOREL, B. A. – Traité des maladies mentales. Paris: Masson, 1860. Torna-se assim compreensivelmente justo o título do livro de J. Braslow. – Mental ills and Bodily Cures de 1997.

[2] SENNA, António Maria de – Relatório do Serviço Medico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira relativo ao primeiro biennio (1883-1885). Porto: Typographia Occidental, 1887. p. 66.

[3] Senna enfatiza que vai expor a terapêutica empregada para combater sintomas comuns a muitas formas de alienação.

[4] SENNA, Antonio Maria de, Ibidem, pp. 68-69.

fibras musculares lisas, era descongestionante e estimulante da tonicidade vascular, nomeadamente na alienação do sexo feminino, por causa da acção eletiva sobre o útero e também quando da supressão brusca da menstruação. Ainda quanto à medicação sedante e quanto às agitações, se pouco intensas ou com insónia havia quem aconselhasse calmantes comuns (morfina, cloral, poção de cloral, bromureto de potássio). Sena aplicava os banhos mesmo nas pequenas excitações. Não empregava o cloral por ter observado maus efeitos nas vias digestivas e nutrição, sendo também condenado por Maudsley. Dá exemplos raros de estados de agitação maníaca[1] que se prendem com a doença orgânica do cérebro ou padecimentos físicos, ou a infecções em que os tratamentos visaram suprimir essas causas com êxito. Sena conclui pela confirmação do princípio base de toda a terapêutica em psiquiatria – "analise-se o estado físico do doente, e firmem-se nele as indicações terapêuticas"[2].

Considera ainda que alguma utilidade se tirava dos meios sedantes, antiflogísticos e descongestionantes, mas não se empregou nunca a sangria. Refere a propósito o Relatório de Francisco Martins Pulido (1851)[3], em sua opinião o alienista mais distinto que tivéramos, que dizia que a sangria geral e local era o meio mais empregado no tratamento da mania aguda.

Quanto à medicação estimulante, consistia em banhos quentes, gerais e locais, sinapizados, e locais frios, em forma de duche. Dos banhos quentes sinapizados fez largo uso no tratamento dos melancólicos e hipocondríacos, nalguns casos com refrigeração da cabeça, e sempre com fricção enérgica em todo o corpo. Também se utilizavam na loucura histérica e hipocondríaca os duches quentes nas extremidades dos membros; os banhos gerais quentes sinapizados nos melancólicos tinham especialmente bons efeitos.

Na medicação revulsiva, aplicavam-se cáusticos na nuca e o óleo de croton em fricção em toda a cabeça, sendo o efeito terapêutico provável a acção inibitória da irritação medicamentosa sobre a irritação patológica[4]. Utilizavam-se ainda vesicatórios na nuca nos delírios sistematizados.

Quanto à medicação tónica, além de alimentação substancial, abundante e variada, fazia-se uso de ferruginosos, óleo de fígado de bacalhau e preparados da quina. Os banhos eram frios,

---

[1] O termo maníaco é utilizado como sinónimo de loucura, alienação mental. O conteúdo irá sofrendo modificações até se chegar à noção de "loucura afectiva" nos finais do século XIX.

[2] SENNA, Antonio Maria de, Ibidem, p.74. O autor mostra acordo com a opinião de B.A.Morel e Maudsley, que cita por diversas vezes.

[3] PULIDO, F. M. - Relatório sobre a organização do Hospital de Alienados em Rilhafoles e dos resultados administrativos e clínicos no ano de 1850 e três trimestres de 1851. Lisboa: Imprensa Nacional, 1851.

[4] Denominava-se contrairritação. SENNA, Antonio Maria de, Ibidem, p.75.

a aplicar em todas as formas de loucura. E, anota Sena, os muitos doentes, em que a miséria, por alimentação insuficiente, más condições higiénicas e trabalho excessivo, era a causa principal da doença do espírito, curaram-se, exclusivamente, por esta medicação.

Da medicação emenagoga, além da ergotina não fazia uso de outros meios que não fossem os tónicos e os duches vaginais frios.

Nas medicações especiais, Senna escreve curiosamente que nas curas da loucura pela morfina e pela electricidade, não crêem os médicos que trataram os doentes, mas reconhecendo que podiam ser úteis em certos casos.

Senna faz uma nota à virtude dos bromuretos no tratamento da epilepsia, diminuindo o número de ataques e atenuando a sua intensidade (de potássio, de amónio, ou de sódio), mas nota a frequência da passagem da nevrose a loucura, no decurso do tratamento.

Honestamente confessa que o tratamento de grande número de doentes, como idiotas, dementes, paralíticos de evolução adiantada, sistematizados secundários e maníacos crónicos, reduziu-se a meios higiénicos, à parte as intercorrências. A estes doentes também se aplicaram muitos banhos, simplesmente higiénicos, geralmente duches frios gerais. As mulheres tomaram banhos mornos gerais, de limpeza, depois do período menstrual"[1].

O autor vai ainda mencionar o período da convalescença que trata na rubrica designada como "cuidados particulares para consolidar as melhoras obtidas", em que começa por salientar a necessidade da continuação da higiene moral e física escrupulosa, pois pequenos descuidos repetidos podim preparar as recidivas e levar à incurabilidade.

A mudança do meio, isto é, a passagem do doente da unidade em que passou o período agitado da doença para outra afastada era considerada útil, e se convalescente, ia para a enfermaria de convalescentes. Também era considerado útil o passeio fora dos parques e até para alguns casos, fora do edifício.

O recreio era valorizado, e os doentes da classe media e superior tinham salas de recreio, piano, bilhar, outros jogos e livros, mas poucos doentes os aproveitavam com persistência sendo reconhecido que a ociosidade era a regra.

Quanto ao trabalho e organização das oficinas, o relatório fala de um consenso sobre a vantagem para a terapêutica, polícia e higiene dos alienados que se empreguem durante o dia em qualquer trabalho, principalmente mecânico. Deste modo "amenizou-se o tratamento dos infelizes loucos, à parte a vantagem económica, a menor decerto, e começou-se a ver num hospício de loucos uma família humana aproveitável, apesar de degenerada, e susceptível de

[1] SENNA, António Maria de, Ibidem, p.77.

viver com uma certa ordem"[1]. Senna considera que alguns alienistas têm exagerado as virtudes terapêuticas do trabalho, quando devia tomar-se apenas como ajudante do tratamento. Por outro lado, era na classe dos indigentes que saíam os agricultores, serventuários, empregados na limpeza e no arranjo das repartições, e os que nas oficinas especiais se entregam aos seus ofícios. Na outra classe- os pensionistas- obtinham-se em geral poucos trabalhadores. No biénio, organizaram-se oficinas de costura e sapatos de liga, de sapateiro e cordoaria. Fora das oficinas, empregavam-se no arranjo e limpeza da casa, nos trabalhos agrícolas na quinta e na jardinagem; noutros casos forneceu-lhes matéria-prima e instrumentos para se ocuparem nos trabalhos que lhes eram habituais.

Na curiosa rubrica "Socorro aos alienados curados da classe indigente"[2], afirma-se que o objectivo era solicitar das famílias, autoridades, ou pessoas bondosas, interesse pelos doentes, socorro em dinheiro, ou vestuário na saída, ensinar-lhes ofícios que lhes dessem meios de sustento fora do asilo. O regulamento previa a possibilidade de emprego no estabelecimento, e também se recomendava a necessidade de criação de uma caixa de socorros para os indigentes curados.

O tema da curabilidade[3] foi abordado numa pequena mas esclarecedora rubrica. Para António Maria de Senna, a alienação mental era curável em muitos casos, mas num grande número deles, porém, a cura era transitória ou aparente. A manifestação por ataques era própria de muitas formas e não devia supor-se que curado um ataque ficasse curada a doença. Outras formas eram simplesmente modificáveis, a cura era só aparente. As doenças curáveis quase se reduziam às psiconevroses puras, isto é, não suspeitas de degenerescência. No conjunto dos maníacos e melancólicos deviam incluir-se os que após as primeiras fases passaram ao período de incurabilidade – demência completa ou incompleta. As modificáveis eram as degenerescências psíquicas, muitos doentes melhoravam, mas a cura era aparente pois a doença era constitucional.

Quanto á paralisia geral afirma que às vezes é modificável, alguns doentes melhoram, mas são apenas remissões e a breve trecho há acentuação da doença, que termina com a morte. A paralisia geral devia pois contar-se com a demência de qualquer espécie e com as deficiências mentais, no grupo das doenças mentais incuráveis. O relatório ainda menciona casos de alienação não reconhecida e de simulação e depois sobre mortalidade e anatomia patológica

[1] Idem, Ibidem, p.78.
[2] Idem, Ibidem, pp. 82-83.
[3] Idem, Ibidem, pp. 89-91.

afirma-se que a mortalidade do hospital de Lisboa é superior ao dobro da do hospital do Porto[1].

No *Manual das Doenças Mentais* de Júlio de Matos[2] (1884) o tratamento era dividido em profiláctico, moral e médico.

No tratamento profiláctico impunha-se evitar as relações sexuais produtivas entre os descendentes dos alienados (mas não advogava a proibição legal do casamento, que considera uma medida ilusória), combater as inclinações viciosas mais pelos exemplos bons que por castigos, promover o desenvolvimento pela prática metódica da ginástica, cumprimento dos preceitos gerais de higiene, considerando ainda que aos predispostos não convinham carreiras com lutas de ambição, vicissitudes e decepções da fortuna, nem profissões com grandes actividades intelectuais. O tratamento moral[3] resumia-se a isolamento e trabalho. Quanto ao isolamento, era necessário separar o doente do meio, família e amigos. No asilo, a disciplina era fundamental: alimentação, trabalho e recreio - tudo devia ser regulamentado. Quanto ao trabalho, intelectual ou físico, era especialmente salientado o trabalho agrícola.

O tratamento médico especial da loucura era considerado muito restrito[4]. Quanto às emissões sanguíneas, a sangria geral estava em descrédito, mas aplicações locais com sanguessugas e ventosas podiam fazer-se. Os banhos gerais eram salientados: tépidos com afusões frias à cabeça, prolongados por uma a três horas, a 35 graus, banhos sinapizados em melancólicos (com farinha de mostarda no banho), duches (de chuva, de lança, circular) a 10 graus. Quanto aos revulsivos, considera o sedenho abandonado e os cáusticos sobre a nuca também, mas os vesicatórios volantes podiam empregar-se na melancolia. Dos estimulantes, cita

---

[1] É interessante recuar algumas décadas e consultar o citado Relatório de Francisco Martins Pulido sobre o Hospital de Rilhafoles, de 1851. Aí podemos ler que o tratamento físico era formulado pelo facultativo, atendendo às indicações individuais. Os tratamentos referidos eram a sangria geral e local por meio de bixas ou ventosas escarificadas que tem sido o meio mais geralmente empregado no tratamento da mania agitada com sintomas mais ou menos pronunciados de congestão cerebral. Os banhos simples ou preparados com infusões de plantas sedativas, prolongados e repetidos com emborcações de água fria ou sem ela, aplicavam-se nos casos de delírio furioso. Fazia-se pouco uso do ópio e seus preparados, e os purgantes repetidos eram ministrados aos doentes atacados de lipemania, coadjuvados pelo sedenho e cautérios na nuca, "medicação esta que igualmente se aplicou em casos de demência aguda e de monomania orgulhosa". Como meios de tratamento moral eram enumerados: exercícios religiosos, trabalhos rurais dentro e fora do estabelecimento, passeios ao ar livre na quinta, excursões pela cidade e vizinhanças, jogos, espectáculos, dança, etc. Acrescentava-se não se terem aproveitado "os exercícios intelectuais apropriados não condizentes com trabalhos manuais e campo, por não haver um mestre para dirigir estes recursos". Ver PULIDO, Francisco Martins, Ibidem, 1851.

[2] MATTOS, Júlio de – Manual das Doenças Mentaes. Porto: Livraria Central, 1884. Ver pp.71-96.

[3] Idem, Ibidem, pp.74-79. Começa por salientar que as convicções do doente não são desvio acidental do entendimento, como pretendia a filosofia especulativa, mas o "sintoma de uma doença orgânica ou funcional do cérebro". Por isso classifica a ideia de o delírio ser um desvio da vontade como "preconceito da escola metafísica", tal como opôr-lhe um sistema de penas, como pretendera Leuret. Ver LEURET, F. – Du Traitement Moral de la Folie. Paris: J.-B. Baillière, 1840.

[4] Idem, Ibidem, p.79. O autor usa uma citação de Maudsley.

ocasionalmente álcool e vinhos generosos, dos purgantes menciona aloés e o ruibarbo em infusão ou sob forma pilular, e aguas naturais laxativas, dos antiperiódicos o sulfato de quinino. Quanto a sedantes, refere a morfina que considerava discutível, o ópio e alcaloides para agitação e insónia, o hidrato de cloral só em pequenas doses, o brometo de potássio era muito utilizado em casos de loucura neuropática, mania aguda e melancolia agitada, e também o brometo de sódio, de amónio e de canfora. Também a digital se usava na mania aguda. Dos tónicos cita a quina, arsénico, álcool e, nos casos de anemia, preparações ferruginosas. O regime alimentar devia ser em geral abundante e generoso.

Quanto aos meios de contenção, o *no-restraint* de Conolly, e também de Magnan, não era aceite por Júlio de Matos, que o considerava "um excesso contra o antigo sistema repressivo"[1]. O colete-de-forças devia ser usado com indicações, nomeadamente na agitação com tendência homicida ou suicida, se havia necessidade de alimentação forçada ou de conservar aparelhos curativos, e na prática do onanismo[2]. Condenava a cadeira forte, coleiras, algemas e peias. Na alimentação forçada utilizava a sonda esofágica.

Quanto a Miguel Bombarda, em *O Hospital de Rilhafoles e os seus serviços em 1892-1893*[3], pugnava por uma distribuição dos doentes por categorias, defendendo a sua separação em repartições distintas, fugindo da acumulação e confusão anteriormente reinantes, não propriamente por uma categorização nosográfica mas mais pelo comportamento exteriormente observável e tipo de cuidados a ser prestados, como por exemplo: velhos, convalescentes e idiotas, tranquilos e semi-tranquilos, agitados, imundos. Refere depois a distribuição a ser realizada no Pavilhão de Segurança, destinado aos criminosos.

Quanto à farmacoterapia, Bombarda lamentava a provisória inutilização da hidroterapia em reconstrução, a carência local para instalação electroterápica, e a privação de oficinas e de mais terreno de cultura. Ainda lamentava a falta de um formulário especial para Rilhafoles e assim apresentava um, revisto por May Figueira e Claudino Leitão, e depois um apêndice que elaborara também revisto por Claudino Leitão[4]. Fala depois de uma febre de descobertas em matéria médica, salientando como exemplos de efeitos brilhantes: a acção calmante e hipnótica das injecções hipodérmicas de hiosciamina na agitação e manias furiosas, a acção

---

[1] Idem, Ibidem, pp. 84-85.

[2] Idem, Ibidem, pp. 87-92. A estas indicações, citando Auguste Voisin, acrescenta ainda, "quando houver conveniência de banhos de imersão por muitas horas nas grandes agitações, hábitos imundos com risco de deglutição das fezes, e automatismos com rasgar da roupa na estação invernosa".

[3] BOMBARDA, Miguel – O Hospital de Rilhafoles e os seus serviços em 1892-1893. Lisboa: Livraria Rodrigues, 1894. pp. 31-69. (capítulo sobre Tratamento).

[4] Formulário dos Medicamentos para o Hospital Nacional e Real de S. José e annexos. Lisboa: Typ. da Lot. da Santa Casa da Misericórdia, 1901.

enérgica de altas doses de cloral e morfina no delirium tremens, altas doses de ergotina no delírio agudo e o efeito hipnótico da maior parte das substâncias ultimamente recomendadas (trional, tetronal, metilal), valorizando em especial o trional. Mencionava ainda a morfina para os estados melancólicos, que era preferível ao ópio, e o comprovado uso dos brometos na epilepsia.

Seguindo de perto um trabalho de João Rui Pita "A Farmácia no Hospital de Rilhafoles. Estudo de caso do Formulário Especial dos Medicamentos para o Hospital de Alienados em Rilhafoles. (1901)"[1], podemos acompanhar a evolução das terapêuticas medicamentosas nesta altura. Fora elaborado por uma comissão de médicos e farmacêuticos presidida por Eduardo Augusto Motta, lente da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa[2]. As poções constituíam a maioria das fórmulas inscritas e mais de metade das formas farmacêuticas, seguidas pelas formas injectáveis e quanto à acção farmacológica dos medicamentos contidos no Apêndice eram os hipnóticos que constituíam quase metade (46%) seguidos em muito menor número pelos hipocinéticos, pelos analgésicos e antipiréticos e pelos antiespasmódicos. Da comparação efectuada por João Rui Pita entre os medicamentos no formulário de 1892, a proposta de Bombarda e a do formulário de 1901, pode concluir-se que a generalidade dos fármacos e medicamentos fora aceite em 1901. A importância do livro de Eduardo Motta já anteriormente salientada, era a de se tratar de uma obra actualizada que dividia a medicação neurasténica em medicação analgésica, anestésica, hipnótica e hipocinética. Os hipnóticos eram divididos em mórficos, lactucicos, brómicos, cloralicos, hidrogénio. Eduardo Motta junta à classificação os novos hipnóticos, o paraldeído etílico, a hipnona ou acetofenona, o uretano, o sulfonal, o trional e o tetronal, o hidrato de amilena, o metilal, a cloralamida, a cloralimida e a cloralose, a hiosciamina e a hioscina.

Na hidroterapia eram importantes os banhos de imersão com afusões frias à cabeça, com pulverização de éter, e aplicação de gelo e da acção benéfica dos banhos prolongados (36-38º C), na agitação maníaca violenta.

Quanto à electroterapia reconhecia ser importante a sua instalação, mas considerava não haver local para essa instalação.

---

[1] PITA, J. R. – "A Farmácia no Hospital de Rilhafoles. Estudo de caso do Formulário Especial dos Medicamentos para o Hospital de Alienados em Rilhafoles (1901) ". In Luzes e Sombras do Alienismo em Portugal. Porto: Santa Casa da Misericordia do Porto, 2012. pp. 81-104.

[2] MOTTA, Eduardo Augusto – Lições de Pharmacologia e Therapêutica Geraes. Lisboa: Por ordem e na Typographia da Academia Real das Sciencias, 1901, 3ª Edição.

As oficinas de trabalho e o trabalho agrícola eram considerados importantes para a ordem e tranquilidade: a oficina de costura, de engomagem, de sapateiro, serviços de limpeza, cozinha e refeitório, condução de roupas e dietas, limpeza de exteriores, pequenas reparações, e os trabalhos de pedreiro, têm ocupado os doentes.

Mas era a quinta do hospital que mais ocupava os doentes e a ocupação agrícola era apropriada à maior parte da população dos manicómios. Bombarda via as colónias agrícolas como "o futuro dos estabelecimentos de loucos"[1] e o trabalho no campo era o mais rendoso, necessitando de menos material e mais mão-de-obra; achava-o especialmente útil para os epilepticos.

Bombarda aborda curiosamente o elemento dinheiro, considerando ser um elemento de desordem e indisciplina, embora defenda que o trabalho deva ser remunerado com quantias mínimas, preferindo a gratificação em tabaco para os homens e em rapé e bolos para as mulheres, e mencionando a gratificação com tentos de valor convencional. Acrescenta que os tentos também podiam servir para impor multas aos doentes por faltas disciplinares, substituindo os castigos corporais, e por outro lado os tentos economizados representavam valores até à saída, e assim, obtida a cura, os doentes poderiam receber um pequeno pecúlio que os ajudava a viver após a alta.

Quanto às saídas, defendia que se deve facilitar a saída de alguns doentes por tempo limitado referindo o perigo de retenção por tempo indefinido.

Dos meios coercivos afirma que a abolição das cadeiras fortes fora já posta em prática e defende a existência de quartos almofadados. Pensa abolir os coletes no futuro, e utilizar apenas modelos de coletes à Magnan (maillot) que em teoria lhe parecem excelentes[2]. Refere também a alimentação forçada, necessária para os que recusam alimentar-se.

A disciplina dos doentes era tema caro para Bombarda, achando que a sua necessidade sobreleva a todas as outras, os doentes precisavam de ser dirigidos em todos os actos da sua vida no Hospital, chegando a dizer que "a vontade do doente deve desaparecer à porta do manicómio"[3].

---

[1] BOMBARDA, Miguel – O Hospital de Rilhafoles e os seus serviços em 1892-1893. Lisboa: Livraria Rodrigues, 1894. p. 46.

[2] Note-se que Kraepelin, ao visitar Rilhafoles aquando da realização do Congresso Médico Internacional de Lisboa, em 1906, relata com surpresa ter deparado com muitos doentes amarrados às camas. Ver: KRAEPELIN, Emil – Memorias. Madrid: Edicion de Alienistas del Pisuerga, 2009. pp. 155-156.

[3] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, pp. 55-57. Considera que "com o apagamento do doente perante uma vontade superior que os domina", se evitam os acidentes, em especial fruto da sua violência ou da violência do pessoal. Mas recusa a utilização dos meios mais repressivos lembrando que já tinham levantado a indignação de António Maria de Senna. E considera que a divisão feminina tem mais turbulência e indisciplina que a masculina.

Menciona ainda a necessidade dos recreios, faltando o elemento distracção e referindo a música, exercícios religiosos que encarava úteis e portanto com funções terapêuticas[1], a assistência clínica, (comparando a proporção no hospital de 2 médicos para 500 enfermos, enquanto no Hospital do Conde de Ferreira a proporção era mais favorável, de 6 médicos para 420 doentes), os convalescentes, os documentos relativos ao doente, as doenças comuns, a farmácia e o material cirúrgico.

Sintetiza depois, no capítulo sobre reformas e melhoramentos, ao defender a desanexação de Rilhafoles, que o Manicómio era assim "asilo pelos incuráveis que abriga, prisão pelos doidos perigosos ou criminosos a quem tolhe a liberdade, oficina pelo trabalho que exige a grande parte da sua população, laboratório pela ciência que é obrigado a produzir, é até quartel pela rigorosa disciplina que tem de impor, é finalmente hospital"[2].

A publicação de *Elementos de Psiquiatria*[3]constituíu um marco por coincidir com a reforma levada a cabo pela República, precisamente protagonizada pelo seu autor, Júlio de Matos.

Embora seja um prolongamento do Manual apresentava bastantes alterações, mas a parte referente à terapêutica continuava a ser um capítulo relativamente pequeno. Começava por dividir o tratamento em profiláctico ou preventivo, que podia ser causal e educativo ou higiénico, e curativo, compreendendo o isolamento, a que concede uma importância decisiva, devendo ser tão precoce quanto possível, e os meios higiénicos, físicos, psíquicos, cirúrgicos e farmacológicos.

Lamenta que não haja colónias agrícolas, colónias familiares, e o sistema privado de habitação dos escoceses. Mantém reservas ao *no-restraint* e ao sistema *open-door*, mas já considera preciosas as colónias agrícolas e familiares, considerando que as primeiras trariam grandes vantagens económicas e terapêuticas. Faz referência à colónia de Gheel, objeto de um trabalho de Magalhães Lemos que a visitara com Magnan.

Dos meios psíquicos referia a sugestão em vigília e a sugestão hipnótica, e ao emprego destes meios chama psicoterapia. Mas considera que a sugestão hipnótica poucas vezes era aplicável ao tratamento da loucura, com excepção das histéricas e de alguns confusos com delírio onírico (Régis), e afirma serem poucos os alienados hipnotizáveis.

---

[1] Idem, Ibidem, pp. 57-58. Numa curiosa nota, Bombarda entende que são as práticas religiosas acompanhadas de música que entende dever fomentar.

[2] BOMBARDA, Miguel, Ibidem, p.163.

[3] MATTOS, Júlio de - Elementos de Psychiatria. Porto: Livraria Chardron de Lello e Irmão editores,1911. (2ª Edição 1923).

Quanto aos meios físicos salienta os banhos tépidos demorados diários (uma a quatro horas). Nalguns casos a banheira podia ser a habitação do doente, quase um meio de contenção. Havia também banhos frios de imersão de alguns minutos, banhos sinapizados que actuavam como revulsivos e banhos sulfurosos. Os duches tépidos em chuveiro prolongados usavam-se na mania e melancolia ansiosa. Os duches frios em chuveiro pouco demorados produziam efeitos sedativos e refere os duches escoceses toni-sedantes, com jactos a quente e frio em rápida sucessão, na melancolia, na mania crónica, na paranoia de longa duração e nas perturbações mentais da histeria. Havia ainda o enfaixamento que provocava abundante sudação nos casos já enumerados e em certos casos de confusão mental e a massagem nas doenças nervosas, mas menos úteis nas doenças mentais, só como fricções associadas à hidroterapia. A electricidade era muito usada nas doenças nervosas, menos nas doenças mentais. Refere casos de faradização cerebral na melancolia estúpida (usados por Magalhães Lemos) e outras mais discutíveis (galvanização cerebral, franklinização).

O alectuamento (permanência no leito), também designada clinoterapia, parecia-lhe útil na mania aguda, na melancolia e na confusão mental, principalmente na melancolia, embora prática temporária.

Dos meios cirúrgicos refere a trepanação na epilepsia traumática e por tumores, e a punção lombar. Considera abandonados a sangria e o sedenho sobre a nuca. Menciona a lavagem ao estômago e a alimentação forçada nos casos de sitiofobia (sonda esofágica).

Quanto aos meios farmacológicos, enumera-os: purgantes, hipnóticos e calmantes, ópio na melancolia, e também injecções hipodérmicas de morfina. Considera hipnóticos seguros: o sulfonal, o veronal, o trional, a bromídia, o hidrato de cloral, o paraldeído, a uretana. Quanto aos calmantes mais empregados menciona os brometos alcalinos, a trinitina, e em injecção subcutânea a hioscina e duboisina, em doses mínimas.

Os tónicos estavam indicados na depressão, e também as preparações ferruginosas, os amargos, o arsénico, cacodilato de soda, fosfatos de cal e a lecitina.

São ainda referidos os anti-periodicos- sais de quina e a atropina, mas acha-os pouco úteis, os estimulantes estando indicados na astenia- café, chá, álcool, cola, cafeína e éter. E a organoterapia- extrato tiroideu segundo alguns, o extrato ovárico, mas acha que só no cretinismo endémico e esporádico e do basedowismo a opoterapia teve sucessos.

No período da República, a despeito dos planos de intenções, as mudanças institucionais não se efectivaram e continuaram a existir os dois manicómios sobrelotados, principalmente Rilhafoles, com as consequências lamentáveis apesar dos protestos dos médicos responsáveis

em exercício. Os temas sobre terapêuticas eram muito pouco frequentes e foram acompanhando lentamente alguns progressos que foram surgindo.

Até finais da década de 1920, podemos esquematizar os desenvolvimentos em farmacológicos onde se deve mencionar os hipnóticos e a narcoterapia, no tratamento da epilepsia, e no tratamento da paralisia geral onde há fármacos e terapias físicas. Nas psicoterapias, o hipnotismo manteve-se como arma terapêutica embora fosse considerado pouco aplicável nos casos graves, e as psicoterapias tiveram em Portugal uma evolução lenta. Merece nota particular a neurastenia, nesta altura em voga, em que uma abordagem psicológica se misturava com prescrições de fármacos, dietas e alterações do estilo de vida e uma pedagogia activa, por vezes também extensiva à histeria.

Assim sobre os hipnóticos surgiam nas revistas alguns artigos e notas não assinadas ou traduzidos de revistas estrangeiras, mas sendo raros os feitos por médicos portugueses[1], e no tratamento da epilepsia o luminal era naturalmente alvo de atenção pelo avanço que significava[2], permitindo anos depois avaliações de conjunto onde a epilepsia surgia primariamente como afecção neurológica[3], afastada dos laços com a antiga afecção degenerativa, sendo referidos os brometos e depois o luminal, com acção conhecida desde 1912, e o tartarato boro-potássico. Na paralisia geral como seria de esperar os tratamentos com salvarsan (606) são alvo de atenção, surgindo mesmo como temas para teses ou dissertações inaugurais[4]. Mas é depois com a malarioterapia que se acentua o interesse e as referências dada a importância e a difusão que tiveram os trabalhos de Wagner-Jauregg, começando a surgir recensões de artigos saídos em revistas estrangeiras[5], ou mesmo resumo de uma conferência feita em Lisboa por Weygand[6].

Sobral Cid elucida-nos com pormenores sobre a utilização desta forma de tratamento, dizendo que as psicoses dependentes da sifilização do sistema nervoso central, já eram alvo de uma

---

[1] MAC-BRIDE, E. – "XXXI Congresso Allemão de Medicina". A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº 19 (1914), pp. 150-153. Refere o hidrato de cloral, paraldeído, veronal, luminal, sufonal e trional.

[2] VASCONCELLOS, M. – "Contribuição ao estudo do Luminal no tratamento da epilepsia". A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº 22 (1915), pp.170-171.

[3] PACHECO, Luis – "Considerações sobre a epilepsia, sua etiologia, fisiopatologia e tratamento". Lisboa Médica. (1929), pp. 249-253.

[4] LACERDA, J. Crespo – "Tratamento da sífilis pelo 606". A Medicina Contemporanea, (excerto da dissertação inaugural). nº 49 (1911), pp. 385-388; PENELLA, L.A. de Sá – Sobre a intoxicação mortal pelo Salvarsan. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 1913; SANTOS, A. M. dos – Tratamento da sífilis pelo Silbersalvarsan (Tese). Porto: Tipografia Marques, 1921.

[5] Recensões de Almeida Dias na Lisboa Médica (1925) e Eduardo Coelho (1926) na mesma revista.

[6] "Tratamento da paralisia geral. Conferência de Weygand em Lisboa". A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº 16 (1926), pp. 125-126. Weygand foi interno de Kraepelin e nesta altura professor de psiquiatria em Hamburgo, tendo contribuído para a difusão das ideias de Kraepelin em França.

assistência mais activa, pois desde 1920 que "à terapêutica específica se associa com vantagem a proteinoterapia tendo conseguido após várias tentativas frustradas, a inoculação positiva do sangue malárico- forma quartã - num caso de paralisia geral"[1] em 1925, tendo depois tratado cerca de 50 paralíticos gerais pela malarioterapia. Acrescenta que apesar de a estatística não ser brilhante se registam casos de remissão profunda, mantidos, e em muitos casos, uma estabilização do processo com apreciáveis melhorias, e lembra que a Clínica Psiquiátrica de Lisboa era o único estabelecimento do país a levar a cabo este recurso terapêutico aos doentes com psicoses metasifilíticas, antes consideradas doenças mentais incuráveis[2]. Apesar dos resultados mais lisonjeiros, era afirmado não estar esclarecida a razão da actuação favorável e reconhecia-se que dos doentes que resistiam à infecção palustre alguns manifestavam melhoras consideráveis, outros pouco melhoravam ou permaneciam no mesmo estado[3]. Quanto à narcoterapia, Sobral Cid, no trabalho já citado, refere que na terapêutica das formas agitadas (mania, epilepsia, demência precoce), se introduzira com vantagem a medicação pelo somnifene que a Clínica Psiquiátrica de Lisboa fora a primeira a pôr em prática[4].

O hipnotismo e a sugestão foram considerados como tendo efeitos apreciáveis nas neuroses e melhorias na histeria e epilepsia e algumas dissertações inaugurais refectiam esse interesse e preocupação incluindo a possível utilização terapêutica[5]. Mas foram surgindo advertências para os possíveis perigos da hipnose e pouca utilidade nas doenças mentais, enquanto a sugestão teria utilização útil no tratamento da histeria e da neurastenia não-hereditária. Desde a década de 1890 se recomendava o isolamento, repouso, massagem, electroterapia com correntes farádicas, e regime dietético com superalimentação[6], continuando a ser defendida esta prática na neurastenia[7], sendo defendida a psicoterapia de fundamento racional, a que não será alheia a influência do ensino de Júlio de Matos e de Egas Moniz, apesar da abertura deste

[1] CID, José de Matos Sobral – A Clínica Psiquiátrica de Lisboa (Manicómio Bombarda). Propostas de reorganização apresentadas a S. Exª o Ministro da Instrução Pública. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa, 1925.
[2] Idem, Ibidem, p.18.
[3] PACHECO, Luis – "Resultados da Malariaterapia na Paralisia Geral". Lisboa Médica. Lisboa. (1927), pp. 528-530.
[4] CID, José de Matos Sobral, Ibidem, p.18.
[5] SEQUEIRA, Mont'Alverne de – Hypnotismo e suggestão. Lisboa: Adolpho, Modesto e Cª, 1888. Esta dissertação inaugural foi valorizada tendo sido publicados extractos na revista A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº 34 (1888), pp. 271-274; nº 35, pp. 279-282.
[6] ALMEIDA, João Silvestre de – A neurasthenia e o seu tratamento. Tese. Lisboa: Casa Portuguesa, 1893.
[7] VALENTE, Carlos Fernando de Figueiredo – A psychotherapia no tratamento da neurasthenia. Lisboa: Typographia Castro Irmão, 1912. No início desta dissertação o autor faz um agradecimento a Egas Moniz.

último ao hipnotismo, e até à psicanálise[1], no campo das neuroses, mas em geral neste período, predominava a ideia que a hipnose tinha perigos, e a sugestão estava indicada no tratamento da histeria e da neurastenia quando não era hereditária[2]. A difusão das teses de Babinski sobre a histeria, protagonizada entre nós por Moniz ainda mais reforça estas ideias, numa altura em que a Grande Guerra trazia novos factos clínicos e outros eram de novo discutidos, sobre a histeria e as denominadas perturbações de ordem reflexa[3].

A definição de Moniz radica na preponderância da sugestão e no tratamento por sugestão/persuasão[4], com uma atitude mais eclética do que por vezes se imagina.

No seu importante trabalho *A Clinica Psiquiátrica de Lisboa* de 1925, Sobral Cid[5] escrevia que a assistência se individualizara mais com a passagem do regime asilar à instauração da Clinica Psiquiátrica e que a actividade terapêutica se tornara mais adaptável às condições individuais, resumindo bem as práticas e inovações na assistência. Assim, anota em primeiro lugar que em todos os numerosos casos, em que o sintoma psicótico era etiologicamente devido a intoxicação crónica ou aguda, de auto-intoxicação, de processos toxi-infecciosos, doenças discrásicas gerais, estados consumptivos e visceropáticos, o alienado era inteiramente assimilado ao doente comum dos hospitais gerais, tratado no leito, beneficiando dos meios de terapêutica física, química, biológica e dietética que lhe sejam aplicáveis. Cid reconhece ainda, ao considerar a questão do trabalho como meio terapêutico, que em matéria de terapêutica ocupacional os progressos realizados no Manicómio Bombarda "são muito menos consideráveis do que aqueles que têm sido alcançados no domínio da assistência médica propriamente dita"[6].

As terapêuticas físicas atingiram o seu apogeu nas décadas de 1930 e 1940.

Numa referência de 1980, ao fazer um balanço retrospetivo, Barahona Fernandes[7] referirá quanto ao período imediatamente anterior, as "dificílimas circunstâncias assistenciais, desde os coletes-de-forças aos quartos de isolamento, às injecções de escopolamina e somnifene

[1] Parece indiscutível que Egas Moniz e Sobral Cid tiveram interesse, curiosidade intelectual, e procuraram incorporar o novo pensamento psicodinâmico no plano teórico, mas com menor repercussão prática.

[2] PESTANA, José – A sugestão e o hipnotismo na Medicina. Lisboa: Typ. Palhares, 1917.

[3] MARQUES, M. Campos – Algumas palavras sobre Histeria. Pithiatismo na guerra. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 1919.

[4] MONIZ, Egas – A Neurologia na Guerra. Lisboa: Livraria Ferreira, 1917.

[5] CID, José de Matos Sobral – A Clínica Psiquiátrica de Lisboa. (Manicómio Bombarda), Faculdade de Medicina de Lisboa,1925.

[6] Cid, José de Matos Sobral, Ibidem, pp.19-20. Acrescenta que faltavam condições materiais e de organização, além de um pessoal mais numeroso do que aquele de que dispunha.

[7] FERNANDES, H. Barahona – "Reflexões sobre a experiencia Clínica Terapêutica". Psiquiatria Clínica. Coimbra. vol. 1, nº2 (1980), pp.77-91.

(narcoterapia); no começo dos anos trinta, a única cura eficaz era a malarioterapia da paralisia geral, o tratamento médico das psicoses sintomáticas, o ópio, os hipnóticos e sedativos, o bromo e pouco mais"[1].

[1] FERNANDES, H. Barahona, Ibidem, pp.77-78.

7. CONCLUSÕES

I - O primeiro capítulo procura mostrar a amplitude do tema em estudo, que possui numerosas subdivisões temáticas, onde participam pessoas de múltiplas formações, destacando-se as orientações socio-historiográficas de pendor externalista, a análise de instituições e o aparecimento do alienismo. O trabalho desenvolvido centra-se na situação portuguesa e está principalmente ligado a uma história conceptual, muito pouco levada a cabo entre nós, sendo o referente principal a obra de German Berrios, que modificou o estudo do tema, alargando-o e valorizando uma abordagem internalista. Ao contrário de outros autores, que procuraram fazer revisões históricas partindo de premissas neurobiológicas, psicanalíticas, fenomenológicas ou sociológicas, ele entendeu estudar a psicopatologia descritiva, tal como foi surgindo e sendo descrita, valorizando os sinais clínicos, despidos de teorias, partindo do início do século XIX, resumindo por vezes os períodos anteriores, principalmente o século XVIII. Para isso efectuou um gigantesco trabalho de releitura efectiva dos clássicos, quantas vezes apressadamente citados em segunda mão e raramente lidos no original, procurando compreender e contextualizar os seus trabalhos, incluindo os referentes filosóficos. Abordou assim praticamente todos os temas psicopatológicos, a partir da década de 1980, utilizando as fontes de língua francesa, alemã, inglesa, italiana e espanhola, e abarcando outras que lhe permite o seu conhecimento das línguas ou as traduções existentes. A sua obra principal é *The History of Mental Symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century*, de 1996, que foi galardoado em 1997 com o British Medical Association Prize, por ter sido considerado o melhor livro de psiquiatria.

Embora brevemente, expõe-se o seu modelo de formação dos sintomas, numa abordagem construcionista, uma autêntica história cultural da psicopatologia, procurando mostrar as diversas expressões-sintomas, e as dinâmicas sociais e culturais presentes. A sua obra pode assim trazer um novo sentido à tarefa de repensar a (psico)patologia e mostra por outro lado que há uma continuidade que fica mais nítida depois de uma digressão histórica que permite estabelecer ligações que por vezes são ignoradas ou passam despercebidas por mudanças paradigmáticas apressadamente estabelecidas. Como o processo de formação de sintomas foi considerado parte da fisiopatologia e não da formação da cultura, tornou-se fundamental estudar a formação dos sintomas mentais, que surgem de interacções complexas entre os

sinais cerebrais e a informação semântica. Daí nasce a noção de objecto híbrido, que inclui componentes que se originam no mundo natural e social, sendo que na maioria dos sintomas psiquiátricos, que incluem um componente biológico e um semântico, este predomina ao ponto de poder retirar a especificidade do componente biológico. Os sintomas mentais são pois actos orais que transmitem afecções subjectivas reconstruídas, elaboradas pelos pacientes e reelaboradas pelos médicos no contexto da relação clínica.

II – Tenta-se depois sintetizar o contexto científico-médico internacional, com as descobertas e desenvolvimentos da medicina no século XIX, com o programa anátomo-clínico, a mentalidade fisiopatológica e o nascimento da microbiologia, e seus desenvolvimentos semiológicos e nosográficos. E, para os finais do século, o início do estudo das causas psíquicas e sociais das doenças, que mais tarde se prolongariam na medicina psicossomática no século XX. As principais descobertas farmacológicas são referidas, e desenvolve-se depois o tema das primeiras formulações psicogenéticas, num período histórico de riqueza excepcional, com os debates sobre a histeria e a hipnose, marcados pelas posições de enfrentamento entre as escolas da Salpetrière e de Nancy em França. E o reconhecimento do inconsciente, a obra de Charcot, a redefinição das fronteiras entre a neurologia e a psiquiatria, o nascimento da psicanálise e o desenvolvimento da psicoterapia, com distintas abordagens, desde Janet e Freud até às psicoterapias de fundamento racional. Além da distinção entre neuroses e psicoses, resultado do movimento psicodinâmico renovador, assiste-se ao afã classificativo principalmente no campo das psicoses, com a escola alemã a distanciar-se da escola francesa, acabando por conduzir ao reconhecimento da obra de Kraepelin neste domínio, que apesar de resistências acabou por vir a ser generalizadamente aceite. Por outro lado houve progressos marcados nos quadros orgânicos que apresentavam sintomas mentais, como a redefinição das demências, a descoberta da etiologia da paralisia geral, a descrição dos estados de confusão mental ou a melhor compreensão das epilepsias. No contexto cientifico-médico nacional, depois do resumo introdutório, analisam-se os aspectos gerais de que se revestiu a luta pelo ensino livre e o ensino oficial, criado pela República, os protagonistas desse ensino e algumas características do pensamento e prática no período da reforma do ensino médico, o tema da saúde mental decorrente, e as repercussões no ensino da medicina. Também a produção científica, os livros e as principais publicações periódicas são analisadas, no período anterior à reforma de 1911 e posterior, tornando-se evidente que existe uma solução de continuidade entre os dois períodos, que só artificialmente se podem separar, com a excepção do ensino oficial da psiquiatria, neurologia e psiquiatria forense nas três

escolas médicas. No capítulo sobre legislação e as instituições hospitalares são revistos os regulamentos de Rilhafoles e do Hospital do Conde de Ferreira, nomeadamente incidindo na organização do serviço médico, regras de admissão e altas, sistema de vigilância, e papel dos diversos técnicos. A lei Sena de 1889 é analisada a seguir e um trabalho de Júlio de Matos de 1908 que sintetiza a sua visão da assistência, legislação e ensino e que reflecte bem as suas ideias sobre as finalidades da assistência hospitalar. Uma proposta de Bombarda de 1909 é resumida e depois o decreto de Maio de 1911, de Júlio de Matos, sobre a criação de manicómios e colónias agrícolas, descrito nos seus parâmetros principais. A necessidade e importância deste projecto revela as suas ideias, a organização pormenorizada, completa e científica que defende, a importância do recurso às perícias forenses dos alienistas, e as inspecções técnicas e administrativas periódicas, com a ideia de tratamento a par da defesa social. Já os trabalhos de Sobral Cid são reveladores de uma visão mais crítica da situação dos asilos mas também do reconhecimento das dificuldades e limitações do seu papel terapêutico, devendo ser subdivididos e ter objectivos e práticas diferenciadas, afastando a ideia do asilo como única forma de centrar o tratamento. Define por isso um conjunto assistencial que incluía o dispensário, a clínica psiquiátrica, asilo com carácter de colónia agrícola, e assistência pública familiar. No que diz respeito às legislações, pode concluir-se que traziam progresso e faziam-se eco de legislações existentes nos países mais desenvolvidos, mas que não foram aplicadas ou foram-no muito incompletamente. Já no âmbito dos novos estabelecimentos a ser criados pela reforma de 1911, o fracasso foi completo e prolongou-se no tempo acentuando as dramáticas condições asilares na ausência de dispensários e colónias agrícolas, apesar de serem sempre reclamadas.

III - Na análise dos protagonistas procuro estabelecer as suas diferenças, que se revelam muito maiores do que frequentemente se pensa, e mostrar que a versão do "alienismo" como fase pré-científica é simplista e redutora, uma espécie de pré-história da psiquiatria moderna que se pretende por vezes divulgar, ignorando as continuidades das diversas problemáticas e a complexidade das relações entre história, ciência, ideologia, contexto social e cultural. A dimensão temporal é decisiva, pois faz-nos perceber a estatura intelectual de Júlio de Matos e de Miguel Bombarda, mas também que as suas referências eram as da ciência e da filosofia do século XIX, marcadas por figuras como Darwin, Spencer ou Haeckel, enquanto Egas Moniz e Sobral Cid pertenceram a um outro tempo histórico, tendo a renovação de conceitos que prosseguiram tornado mais compreensível a leitura dos seus trabalhos para o leitor actual. A incorporação de autores e conceitos mais modernos torna a sua linguagem mais próxima da

dos nossos dias, mas não é menos importante a releitura dos clássicos antecedentes, que uma hermenêutica histórica, social e conceptual deve levar a cabo, sendo afinal todos igualmente "homens do seu tempo". De qualquer modo, são trabalhos de Moniz e Sobral Cid que actualizam o pensamento psiquiátrico na última parte do período analisado, redefinindo as relações entre neurologia e psiquiatria, ultrapassando a noção de degenerescência que se tornara um conceito-chave, incorporando autores europeus da primeira metade do século XX como Kraepelin, Bleuler e Kretschmer, divulgando o movimento psicodinâmico e as formulações psicoterapêuticas que nascidas em finais do século XIX, se afirmam com mais nitidez nas primeiras décadas do século XX.

IV - No capítulo quarto estudo as principais afecções deste período tendo optado por escrever sobre doenças, síndromes, sintomas e patologizações, sem preocupações de ordenação prévia, evitando a hierarquização evolucionista prevalecente naquele período, como a de Júlio de Matos, o principal referente entre nós. Mas também recusando o presentismo que levaria à apresentação redutora e baseada em classificações actuais, igualmente passíveis de reserva e contestação. É possível concluir que das doenças estudadas, e ressalvando a distinção entre termos e conceitos, a maior parte não são hoje doenças mentais, mas sintomas, síndromes, patologizações, despatologizações e doenças de claro fundamento orgânico. O exemplo do suicídio mostra como foi deixando progressivamente de ser encarado como sintoma de loucura, para ser uma forma de comportamento humano, ligado a uma pluralidade de factores individuais como a perturbação mental e também um fenómeno eminentemente social. A neuropsiquiatria na guerra e a loucura penitenciária foram analisadas por terem sido objecto de preocupação e polémica naquele período. Salienta-se o facto de terem desaparecido alguns termos, substituidos por outras designações, houve manutenção de termos com mudanças de conteúdo, e recomposição e fragmentação de doenças. A perspectiva construcionista parece pois ter plena justificação, pelo menos no sentido definido por Berrios.

V - O capítulo seguinte procura dar exemplos portugueses de contribuições que traduzem progressos no domínio psicopatológico, quer de alguns dos protagonistas referidos, quer de teses que revelam influências de novas abordagens e novas concepções, como a obra de Bergson, ou do movimento psicológico e psicodinâmico, nomeadamente com a obra de Janet e de Freud, que pretendiam corrigir as limitações do somaticismo e excessivo biologismo anteriores da ciência positiva, e dar a conhecer novos autores, acentuando a importância da psicologia como disciplina autónoma, distinta da fisiologia, embora predomine sempre uma atitude biopsicológica.

VI - No capítulo das terapêuticas fala-se em primeiro lugar do tratamento moral, designação utilizada principalmente na primeira metade do século XIX, depois os tratamentos físicos em que a hidroterapia é o tratamento de eleição, e em seguida os fármacos, com especial referência para os hipnóticos e sedativos. São revistos vários livros e manuais estrangeiros sobre o tema e igualmente o influente livro de Eduardo Motta, os formulários que completam de forma prática os manuais, e também as dietas utilizadas e o repouso. É fundamental referir que o asilo psiquiátrico era considerado imprescindível para os casos graves, e nesse ponto pode falar-se de plena concordância entre os médicos. Quanto ao tema da função disciplinar, que Foucault trouxe para primeiro plano, parece indiscutível mas é considerada de forma diferente consoante os autores. Passam-se em revista os novos tratamentos trazidos pelo início do século XX, como o luminal, o salvarsan e a malarioterapia de Jauregg na paralisia geral, referenciando os autores portugueses que se ocuparam mais das terapêuticas, um assunto em geral pouco referido e pouco estudado. A história dos tratamentos em psiquiatria resulta de convergências várias, onde além da matéria médica estão presentes aspectos nosológicos, empirismo terapêutico, relação médico-doente, controlo social. O surgimento da psicoterapia é por fim analisado, partindo do hipnotismo e sugestão que foram sendo reconhecidos como úteis no tratamento da histeria e da neurastenia, utilizados juntamente com o repouso, electroterapia, massagens e regime dietético, com boa alimentação. Só nos finais do século XIX se pode falar em rigor de psicoterapia, com o abandono progressivo da hipnose e o reconhecimento da importância da sugestão em estado vigil, conduzindo à psicoterapia por sugestão. Em contraponto surgem as terapêuticas por persuasão, de fundamento racional, mas é o movimento psicodinâmico, principalmente com Freud que mais se vai impôr e cuja importância irá obscurecer as outras tendências. As primeiras referências destes desenvolvimentos, sua divulgação, indicações e utilização terapêutica, podem ser detectadas em Portugal na parte final do período em análise, muito influenciadas pelos autores franceses.

VII - A Psiquiatria como especialidade médica, embora incipiente, constituiu-se assim em Portugal em 1911, com a presença de instituições, actividade assistencial, profissional, científica, legislação e ensino oficial.

A campanha pela sua institucionalização data da década de 1880, constituindo-se o primeiro núcleo significativo do alienismo português no Hospital do Conde de Ferreira com António Sena, Júlio de Matos e Magalhães Lemos. Pelo contrário a situação em Rilhafoles era alvo de

críticas frequentes sendo considerado um mau estabelecimento para tratar doentes, apesar dos esforços de Miguel Bombarda a partir de 1892.

As tentativas de ensino livre em Lisboa, Porto e Coimbra foram limitadas, uma revista da especialidade, *Revista de Nevrologia e Psychiatria*, teve duração breve, e na revista *O Positivismo* surgiram alguns textos de divulgação e doutrinação de Júlio de Matos.

A assimilação dos saberes científicos vinha da França, Alemanha, e ainda da Itália e Inglaterra. A consolidação de uma psicopatologia científica decorreu de viagens de formação, correspondência, estágios, livros e publicações. Em termos epistemológicos surge como disciplina científico-natural, sendo o positivismo a corrente de filosofia científica mais importante, e generalizou-se uma interpretação somática das doenças mentais.

Quanto à psicologia, apesar do seu tardio aparecimento, reconhecia-se a sua importância mas era principalmente reduzida à fisiologia nervosa. A importância da biologia e o seu prestígio conduziram mesmo a uma frequente biologização de fenómenos sociais, sendo significativo que vários protagonistas sejam também professores de Fisiologia e Histologia.

As técnicas de investigação centravam-se nos laboratórios de histopatologia, e o método anátomo-patológico, a par da clínica, considerados os meios seguros de progresso e de investigação.

A neuropsiquiatria, e a proximidade das duas especialidades era compreensível, pois a chave para o estudo das doenças mentais procurava-se através do microscópio em cortes do tecido nervoso obtidos pela autópsia dos doentes.

A divulgação nas revistas médicas colocava a tónica no reconhecimento profissional, na importância da assistência e na defesa social, com exemplos retirados de casos médico-legais, por vezes em divergência com os tribunais. O movimento alienista insistiu sempre no primado científico, na intervenção do Estado na assistência pública, e na crítica do atraso das instituições assistenciais, que albergavam uma pequena percentagem dos doentes, com os riscos inerentes para a sociedade.

A reforma de 1911, protagonizada por Júlio de Matos, com a criação das cadeiras de Neurologia e Psiquiatria e do curso de Psiquiatria Forense decorrem destas prioridades, dos protagonistas, que são liberais e republicanos, pretendendo um ensino médico mais prático, e uma organização profissional com um maior número de alienistas. Passando do ensino para a assistência o balanço é pobre, mantendo-se Rilhafoles e o Hospital do Conde de Ferreira, anexados às Faculdades de Medicina, em Coimbra o projectado Manicomio Sena foi sendo

sucessivamente adiado, restando os estabelecimentos das Ordens Religiosas, com funções apenas assistenciais.

Em termos psicopatológicos, houve contributos pessoais dignos de nota, os alienistas procuravam descrever os sintomas como entidades naturais, mas ninguém o realizou de forma sistemática e com a erudição de Júlio de Matos, como se comprova nos trabalhos publicados. Apesar do predomínio da perspectiva somático-biológica foi surgindo uma renovação, nomeadamente no período final, com trabalhos de Sobral Cid a partir de 1923, já com a cátedra de Psiquiatria, com o ensino e publicações de Egas Moniz, com alguns trabalhos de Alberto Brochado, que no seu conjunto desenvolvem abordagens mais psicológicas e menos estritamente biologistas, e ainda Elísio de Moura de forma individualizada.

Foi mostrado como se ficou a dever a Egas Moniz e a Sobral Cid a redefinição das fronteiras neuropsiquiátricas, e os novos sistemas classificativos. Mais afastados de preocupações de sistematização nosográfica e próximos de uma atitude de empirismo clínico permaneceram Magalhães Lemos e Elísio de Moura.

Acabou por não aparecer qualquer manual ou tratado que actualizasse os conhecimentos e progressos surgidos, ficando os livros de Júlio de Matos como única referência.

Os asilos continuaram superlotados, com escasso número de médicos e de enfermeiros, faltando instituições e meios humanos, tornando o tratamento não individualizável e implicando rotinas institucionais rígidas, num afunilamento de perspectivas a que foi especialmente sensível Sobral Cid, que reconhecia os inconvenientes da hospitalização prolongada.

Se os protagonistas médicos analisados apresentavam características globais comuns, verificamos que estudados em pormenor e em áreas específicas revelam diferenças por vezes bem significativas e opiniões contrastadas. O retrato algo estereotipado das *grandes figuras* tornado repetitivo e mitificador, conduz a que sejam consideradas indiscutíveis mas *pouco humanas*, sendo mais justo que uma atitude hermenêutica tente historicamente mostrar as lacunas e erros, tal como as inovações e intuições certeiras, para as caracterizar e humanizar plenamente.

A compreensão do que é o adoecer mental permanece um desafio e a contribuição das ciências humanas só começa a evidenciar-se na parte final do período estudado, esboçando-se uma psiquiatria social e cultural que complementaria a investigação biológica.

Enquanto médico, e após a realização deste trabalho, direi que ontem como hoje, o desafio de compreender/cuidar permanece em aberto, devendo a história dar um importante contributo,

ao estudar os sintomas e as doenças, as instituições, e os campos ideativos desta área científica e médica.

Verificou-se no decurso do trabalho como se foi impondo a importância do somático, interpretado pelas ciências biológicas, em detrimento da subjectividade, lentamente percebida pelas disciplinas psicológicas, e do social, interpretável nos limites da moral e da cultura e muitas vezes compreendido como extensão da biologia.

Finalmente, as doenças tiveram e continuam a ter significados sociais e simbólicos, e estudá-los é fundamental para compreender o adoecer e o sofrimento psicológico associado, e caminhar para formas melhor organizadas de acolher e tratar, que sejam menos marginalizadoras e melhor integradas socialmente.

8. FONTES E BIBLIOGRAFIA

8.1. ARQUIVOS E BIBLIOTECAS ONDE SE REALIZOU A INVESTIGAÇÃO

Arquivo da Fundação Bissaya Barreto, Coimbra

Arquivo da Universidade de Coimbra

Biblioteca da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Biblioteca das Ciências da Saúde da Universidade de Coimbra

Biblioteca do Hospital do Conde de Ferreira, Porto

Biblioteca do Hospital Júlio de Matos, Lisboa

Biblioteca do Hospital Sobral Cid, Coimbra

Biblioteca do Instituto Nacional de Medicina Legal, Coimbra

Biblioteca Geral da Universidade de Coimbra

Biblioteca Municipal de Coimbra

Biblioteca Nacional de Portugal, Lisboa

Casa Museu Egas Moniz, Avanca, Estarreja, Aveiro

8.2. PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS CONSULTADAS

A Medicina Contemporânea

A Medicina Moderna

A Saúde Escolar

Acta Psichiatrica Scandinavica

Acta Psiquiátrica Portuguesa

American Journal of Psychiatry

Anais Científicos da Faculdade de Medicina do Porto

Anais Portugueses de Psiquiatria

Anais Portugueses de Saúde Mental

Analise Psicológica

Annales Medico-Psychologiques

Anuário da Faculdade de Medicina do Porto

Anuário da Universidade de Coimbra

Anuário da Universidade de Lisboa

Archivos de Neurobiologia (depois Archivos de Psiquiatria)

Arquivos de Psiquiatria

Boletim da Liga Nacional Portuguesa contra a Epilepsia

British Journal of Psychiatry

Cadernos de Cultura- a Medicina na Beira Interior da Pré-história ao Seculo XX

Coimbra Medica

Comprendre

Current Opinion in Psychiatry

Era Nova: Revista do Movimento Contemporaneo

Esprit

Estudos do Século XX

Estudos Médicos

Évolution Psychiatrique

Frenia

Historia Ciências Saúde. Manguinhos

History of Psychiatry

Information Psychiatrique

Jornal da Sociedade das Ciências Medicas de Lisboa

Jornal da Sociedade Farmacêutica Lusitana

L'Encephale

Le Débat

Lisboa Medica

Movimento Medico

O Correio Medico

O Positivismo

Porto Medico

Portugal Medico

Psicologia

Psiquiatria Clínica

Revista Brasileira de Medicina e Farmácia

Revista Crítica de Ciências Sociais

Revista da Associação para o Estudo, Reflexão e Pesquisa em Psiquiatria e Saúde Mental

Revista de Educação e Ensino

Revista de Estudos Livres

Revista de la Asociacion Española de Neuropsiquiatria

Revista de Medicina e Cirurgia Praticas

Revista de Nevrologia e Psychiatria

Revista de Psiquiatria. Hospital Júlio de Matos

Revista Medica de Angola

Revista Portuguesa de Psicanálise

Saúde Mental

Sud Nord. Folies et Cultures

8.3. BIBLIOGRAFIA – FONTES PRIMÁRIAS

ALEGRE, José Carlos de Lara – Alucinações (Trabalho feito no Hospital de Rilhafoles). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1913.

ALMEIDA, A. J. de – “Os Alienados em Portugal”. Revista Porto Médico. Porto. nº 8 (1908), pp. 234-248.

ALMEIDA, João Silvestre de – A Neurasthenia e seu tratamento. Lisboa: Casa portuguesa, 1893.

ALVARES, Hypolito Francisco – O que é o Hypnotismo. Porto: Typographia de Viuva Gandra, 1889.

ALVES, Policarpo de Barros – Tratamento da Neurasthenia (breves noções). Famalicão: Typographia Minerva, 1903.

ANUÁRIO da Universidade de Coimbra (1910-1911), pp. 265-284.

ANUÁRIO da Universidade de Lisboa. Ano lectivo 1919-1920. Lisboa: Imprensa Nacional, 1928.

ANUÁRIO da Faculdade de Medicina do Porto. Anos lectivos 1919-20 a 1926-27. (coord. Alberto de Aguiar e Hernâni Monteiro). Porto: Emp. Indust. Gráfica do Porto. 1928

ARAÚJO, Artur da Cunha – O Mendelismo no Homem. (Breve estudo da hereditariedade). Porto: s.e., 1912.

ARAÚJO, H. Gomes D’ – "Síndromas motores pithiaticos". Portugal Médico. Porto: Tipografia da Enciclopédia Portuguesa. nº 4 (1919), pp. 217-234.

ARAÚJO, H. Gomes D’ – "Síntese pessoal sobre a histeria". Portugal Médico: Porto: Tipografia da Enciclopédia Portuguesa. nº 2 (1919), pp. 126-127.

ARAUJO, H. Gomes D’ – Histeria Pithiatismo. Porto: Livraria Moreira, 1919

AZEVEDO, António de – "Actualidades. Os médicos e o serviço militar". A Medicina Contemporânea. nº 26 (1917), pp. 206-207.

AZEVEDO, António de – " Analises. Loucos da Penitenciária por J. Pereira Trindade". A Medicina Contemporânea. nº 20 (1914), p. 162.

AZEVEDO, António de – “O Professor Miguel Bombarda. A sua carreira e a sua obra de alienista e A Clinica Psiquiátrica de Lisboa (Manicómio Bombarda)”. A Medicina Contemporânea. nº 11 (1928), pp. 85-86.

BABINSKI, J.; FROMENT, J. – Hystérie-Pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe en Neurologie de Guerre. Paris: Masson, 1917.

BALL, B – Leçons sur les maladies mentales. Paris: Asselin et Houseau, 1890.

BALLET, G. – Traité de Pathologie Mentale. Paris: Octave Doin Eds, 1903.

BARREIRA, J. – O Delirio de Negações. Porto: Typographia Occidental, 1892.

BARROSA, Hernani – A emoção e a sugestão na génese das manifestações histéricas. Porto: Tipografia da Enciclopedia Portuguesa, 1916.

BASTO, Cláudio – Alma doente: a génese da psicastenia. Viana do Castelo: Tipografia André J. Pereira e filho, 1912.

BASTO, Francisco José da Silva – A Neurasthenia. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1895.

BASTOS, Álvaro Teixeira – A Tatuagem nos criminosos. Porto: Tip. a vapor de Artur José de Sousa e Irmão, 1903.

BATALHA, Ladislau – O Negativismo. Viagem aventurosa nas regiões do Ideal. Lisboa: Parceria António Maria Pereira, 1908.

BERGSON, H. – Essai sur les données immédiates de la conscience . Paris: P.U.F., 1988. (original 1889).

BERGSON, H. – Matiére et Mémoire. Paris: Alcan, 1914. (1ª edição 1896).

BERGSON, H. – A Evolução Criadora. Lisboa: Edições 70, 2001. (original 1907).

BERNHEIM, H. – Hypnotisme, Suggestion, Psychothérapie. Avec considerations nouvelles sur l’hystérie. Paris: Fayard, 1995. (seconde edition de 1903, du livre paru en 1891).

BIZARRO, A. H. – "Medicina e cirurgia da guerra". (Quatorze anos de prática). A Medicina Contemporânea. nº 45 (1915), pp. 361-365.

BLEULER, Eugen – Dementia Praecox ou Grupo das Esquizofrenias. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. (publicação original 1911).

BLEULER, Eugen – Tratado de Psiquiatria. Madrid: Espasa-Calpe, 1924. (original 1916).

BOMBARDA, Miguel – Do delírio das perseguições. Lisboa: Lallemant Frères, Typ., 1877.

BOMBARDA, Miguel – Dos hemispherios cerebraes e suas funcções psychicas. Lisboa, 1877. These de Concurso.

BOMBARDA, Miguel – Das dystrophias por lesão nervosa. Esboço da pathogenia. Lisboa,1880. Dissertação de concurso.

BOMBARDA, Miguel – Traços de Physiologia Geral e de Anatomia dos Tecidos. Lisboa: Typographia da Academia Geral das Sciencias, 1891.
BOMBARDA, Miguel – Microcephalia. (Conferência na Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa). A Medicina Contemporanea. nº 23 (1892), pp. 177-185.
BOMBARDA, Miguel – "Bibliografia - Die progressive allgemeine Paralyse, von Prof.. Dr. R. v. Krafft-Ebing - Wien, 1894". A Medicina Contemporanea. nº 53 (1894), pp. 466-467.
BOMBARDA, Miguel – "Hysteria e epilepsia". A Medicina Contemporanea. nº 48, (1894), pp. 421-423
BOMBARDA, Miguel – O Hospital de Rilhafoles e os seus serviços em 1892-1893. Lisboa: Livraria Rodrigues,1894.
BOMBARDA, Miguel – Contribuição para o estudo dos microcephalos. Lisboa: Typ. Da Academia Real das Sciencias, 1894.
BOMBARDA, Miguel – "Loucura circular numa hysterica; Loucura Moral". A Medicina Contemporanea. nº 46 (1894), pp. 405-407.
BOMBARDA, Miguel – "Un fait d'anarchisme". Revue Neurologique. Sep. Paris: Masson. (1896).
BOMBARDA, Miguel – "Somnambulismo Hysterico. Hysteria, Anesthesia Generalisada, Acustica, Anosmia, Amnesia Absoluta". Jornal da Sociedade de Sciencias Médicas de Lisboa. (1896).
BOMBARDA, Miguel – "Nova forma de somnambulismo hysterico". A Medicina Contemporanea. nº 5 (1896), p. 35.
BOMBARDA, Miguel – "A pellagra em Portugal. A tetania, a catalepsia e a confusão mental". Revista Portugueza de Medicina e Cirurgia Praticas. Lisboa: M. Gomes, Editor. Vol. I, nº 1 (1896), pp.7-13; nº 2 (1896), pp. 33-42.
BOMBARDA, Miguel – Lições sobre a Epilepsia e as Pseudo-epilepsias. Lisboa: Livraria de António Maria Pereira-Editor, 1896.
BOMBARDA, Miguel – O Delírio do Ciúme. Lisboa: Publicações da Medicina Contemporanea, 1896. (Reedição, Ulmeiro, 2001).
BOMBARDA, Miguel – "O Hospital de Rilhafoles e os seus serviços em 1894-1895. Alcool e Paralisia Geral". A Medicina Contemporanea. nº 13 (1896), p. 100.
BOMBARDA, Miguel –"Os Neurones e Vida Psychica". A Medicina Contemporânea, nº 20 (1897), pp. 157-165, pp. 167-177.
BOMBARDA, Miguel – "Degenerescências e histeria". Revista Portuguesa de Medicina e Cirurgia Práticas. Lisboa: M. Gomes. nº 12 (1897), pp. 353-358.
BOMBARDA, Miguel – "La Folie Pénitentiaire". Revista Portuguesa de Medicina e Cirurgia Práticas: Lisboa: M. Gomes. nº 14 (1897), pp. 33-40.
BOMBARDA, Miguel - "As noites dos epilépticos". Revista Portuguesa de Medicina e Cirurgia Práticas. Lisboa. nº 31 (1898), pp. 193-200.
BOMBARDA, Miguel – Estudos Biológicos. A Consciência e o Livre Arbítrio. Lisboa: Parceria António Maria Pereira, 1898.
BOMBARDA, Miguel – "Congresso de Marselha". A Medicina Contemporanea. nº 18 (1899), pp. 143-144.
BOMBARDA, Miguel – "Regimen Penitenciário". A Medicina Contemporanea. nº 50 (1899), pp. 429-430.
BOMBARDA, Miguel – "Opiniões de Lombroso". A Medicina Contemporanea. nº 32 (1899), p. 273.
BOMBARDA, Miguel – A Sciencia e o Jesuitismo. Réplica a um Padre Sábio. Lisboa: Parceria António Maria Pereira, 1900.
BOMBARDA, Miguel – "A Biologia na vida social". A Medicina Contemporanea. nº 46 (1901), pp. 381-385.
BOMBARDA, Miguel – A consciência e o livre arbítrio. Lisboa: Parceria António Maria Pereira, 1902. 2ª ed.
BOMBARDA, Miguel – "Regime Penitenciário". A Medicina Contemporanea. nº 6 (1903), pp. 45-46.
BOMBARDA, Miguel – "A Loucura Penitenciária". A Medicina Contemporanea. nº 10 (1903), pp. 81-83.
BOMBARDA, Miguel – "Impressões e notas de congressistas. XIV Congresso Internacional de Medicina. Madrid, Abril de 1903". A Medicina Contemporanea. nº 21 (1903), pp. 165-167.
BOMBARDA, Miguel – "Bibliographia. J. Mendes Martins – Sociologia criminal (estudos)". A Medicina Contemporanea. nº 8 (1903), pp. 64-67
BOMBARDA, Miguel – Programa de Physiologia Geral. Lição nº 29, 30, 31, 32. A Medicina Contemporanea. nº 21 (1904), pp. 167-169.
BOMBARDA, Miguel – "A psychiatria em Coimbra". A Medicina Contemporanea. nº 27 (1905), pp. 209-211.
BOMBARDA, Miguel – "Observações clínicas e casos médico-legais. Loucura Moral". A Medicina Contemporanea. nº 18 (1905), pp. 141-142.
BOMBARDA, Miguel – "Observação clínica e casos médico-legais. Os doidos na Penitenciária". A Medicina Contemporanea. nº 44 (1905), pp. 347-348.
BOMBARDA, Miguel – "Regimen Penitenciário (Fragmento de um discurso pronunciado na Câmara dos Deputados) ". A Medicina Contemporanea. nº 28 (1908), pp. 217-220.

BOMBARDA, Miguel – "Os estigmas da hysteria". A Medicina Contemporanea. nº 52 (1908), p. 409.
BOMBARDA, Miguel – “Projecto de Lei de protecção dos Alienados”. A Medicina Contemporanea. nº 17 (1909), pp. 129-146.
BOMBARDA, Miguel – “O fundo dos alienados”. A Medicina Contemporanea. nº 37 (1909), pp. 299-303.
BOMBARDA, Miguel; BEIRÃO, C. – "Relatórios e consultas médico-legais. Caso de loucura moral. Violências.". A Medicina Contemporanea. nº 28 (1896), pp. 217-219.
BONHOEFFER, K. – “Exogenous Psychoses” In Themes and Variations in European Psychiatry, Edited by Hirsch, S.; Shepherd, M.; Charlottesville: University Press of Virginia, 1974, pp. 47-52. (Original 1909).
BORGES, Alfredo Martins da Silva – Neurasthenia genital no homem. Porto: Typographia A. F. de Vasconcellos, 1899.
BOSSA, António Rodrigues – Algumas palavras sobre o hystero traumatismo. A propósito de casos clínicos de paralisias e contracturas hystero-traumáticas. Lisboa: Palhares e Mourisca,1890.
BOUCHARDAT, A., BOUCHARDAT, G. – Nouveau Formulaire Magistral. 34ª ed. Paris: Felix Alcan. 1909.
BRIQUET, Paul – Traité Clinique et Thérapeutique de L`Hystérie. Paris: J.B-Baillière et Fils, 1859.
BROCHADO, Alberto – Os efeitos psychophysiologicos da música e o valor da melotherapia. Porto: Costa Carregal, 1916.
BROCHADO, Alberto – “ Sobre Amusias”. Separata do Portugal Médico. Porto: Tip. A Vapor da Enciclopédia Portuguesa. 3ª Série, Vol.V, nº1 (1919), pp. 1-9.
BROCHADO, Alberto – "A patologia da linguagem e da percepção". A Medicina Moderna. Porto: Tipografia Empreza Guedes. (1922), 111pp. (Separata).
BROCHADO, Alberto – "O Delírio Histérico". A Medicina Moderna. Porto: Tipografia Empreza Guedes. (Separata) nº 358 (1922).
BROCHADO, Alberto – "O problema das afasias". Portugal Médico. Porto: Tipografia da Enciclopédia Portuguesa. (1926). (Separata).
BROCHADO, Alberto – "Psicose Alucinatória Crónica (Dois casos interessantes)". Portugal Médico. Porto: Tip. da Enciclopedia Portuguesa. nº 6 (1927). (Separata).
BROCHADO, Alberto – "Um caso de paranoia". Portugal Médico. Porto. nº 1 (1927), pp. 19-23.
BROCHADO, Alberto – "As Alucinações segundo Clérambault". Portugal Médico. Porto: Tipografia da Enciclopédia Portuguesa. nº 8 (1928). (Separata).
BROCHADO, Alberto – "O Síndromo dos Sósias". Portugal Médico. Porto: Tipografia da Enciclopédia Portuguesa. nº 1. (1928). (Separata).
BROCHADO, Alberto – “Perturbações da apreciação do tempo num caso de melancolia”. Portugal Médico. Porto: Tipografia da Enciclopédia Portuguesa. nº 9 (1929). (Separata).
BROCHADO, Alberto – A Alienação Mental e a função de reprodução. Porto: Semana da Maternidade, 1930. (Manuscrito, não publicado).
BROCHADO, Alberto – “O Nível Mental na Esquizofrenia”. Portugal Médico. nº 5 (1932). (Separata).
BROCHADO, Alberto – “Le Syndrome de Capgras”. Annales Médico-Psychologiques. 15ª Série, (1936), pp. 706-717.
CAMACHO, Manuel de Brito – A Herança morbida (Apontamentos de hygiene). Lisboa: Typ. Eduardo Rosa, 1889.
CAMACHO, Manuel de Brito – A reacção. Lisboa: Editora Luz Lda, 1932.
CAMPOS, Aureliano Vieira – Paralisia Geral e Sifílis. Porto: Tipografia Porto Médico, 1924.
CARDIA, Amelia – A febre hysterica. Lisboa: Typ. Eduardo Roza, 1891.
CARVALHO, António Casimiro Pereira de – A Demencia Precoce (estudo clínico). Porto: Dactilografado pelo autor, 1911.
CARVALHO, Berardo José Dias Simões de – A Epilepsia de Jackson e as suas localizações motrizes. Porto: Typ. A vapor da Real Oficina de S. José, 1900.
CARVALHO, João Correia Vasques de – Os Médicos perante a Justiça. Porto: Imprensa Nacional de Jayme Vasconcellos,1910.
CARVALHO, Joaquim Martins Teixeira de – Estudos sobre a suggestão e suas aplicações: Therapeutica Suggestiva. Coimbra: s.e., 1888.
CASTRO, J. Luciano de - Relatório e Proposta de Lei para a Organização da Hospitalização dos Alienados. A Medicina Contemporanea. nº 23 (1888), pp. 181-184; nº 25, pp. 198-199.
CASTRO, Marcelo de S. Maurício e – Sobre a terapêutica sugestiva. Lisboa: Typ. Bayard, 1906.
CASTRO, O.; PIRES, C. – Tratado Prático de Therapeutica Moderna. Porto: Typographia da Empreza Litteraria e Typographica, 1900.
CEBOLA, Luiz – A mentalidade dos epilepticos. Lisboa: Viúva Tavares Cardoso, 1906.
CEBOLA, Luiz – Almas Delirantes. Lisboa: Livraria Central Editora, 1925.
CEBOLA, Luiz – História dum louco. Lisboa: Livraria Central Editora,1926.

CEBOLA, Luiz – Enfermagem de Alienados. Lisboa: Imprensa Beleza, 1932.
CEBOLA, Luiz – “Evolução Terapeutica na Casa de Saúde do Telhal”. In: Os Irmãos Hospitaleiros de S. João de Deus em Portugal (1606-1834), (1893-1943). Lisboa: Imprimatur, 1943. pp. 140-146.
CEBOLA, Luiz – Quando desci ao inferno: contos psicopatológicos. Lisboa: edição do autor, 1956.
CEBOLA, Luiz – Memórias d’este e do outro mundo. Lisboa: Edição do autor, 1957.
CHARCOT, J. M. – L’Hystérie. Textes et introduction par E. Trillat. Paris: L’Harmattan, 1998. (Edição original 1877, 1887, 1888, 1889, 1890).
CHASLIN, Philippe. – La Confusion Mentale Primitive. Paris: Asselin et Houzeau, 1895.
CHASLIN, Philippe – "Bibliografia, Lições sobre a Epilepsia e as pseudo-epilepsias pelo Professor Miguel Bombarda". A Medicina Contemporanea. nº 31 (1896), pp. 241-243.
CHASLIN, Philippe – " Rapport sur les leçons sur l'épilepsie et les pseudo-épilepsies de Miguel Bombarda". Paris: Ann. Mèd-Psychol. II, (1896), pp. 81-85.
CHASLIN, Philippe – Elements de Semiologie et Clinique Mentales. Paris: Asselin et Houzeau, 1912.
CHASLIN, Philippe – “La confusion mentale”. In MASSON, M. – 24 Textes Fondateurs de la Psychiatrie. Paris: Armand Colin, 2013. pp. 285-299. (Original 1914)
CID, José de Matos Sobral – "Discurso". Coimbra Médica. Coimbra. nº 2 (1900), p. 20.
CID, José de Matos Sobral – Demografia e Higiene. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1902.
CID, José de Matos Sobral – Teses de Medicina Teórica e Prática. Universidade de Coimbra, 1902.
CID, José de Matos Sobral – Oração de Sapiência. Sessão de abertura do ano lectivo de 1907/1908. Lisboa: Edição do autor, 1908.
CID, José de Matos Sobral – "Clínica do Crime". A Medicina Contemporanea. nº 20 (1913), pp. 153-158.
CID, José de Matos Sobral – “As Fronteiras da Loucura”. Movimento Médico. Coimbra: Tipografia França Amado. 9ºano, nº 5 e nº6 (1913).
CID, José de Matos Sobral – “Relatório da Gerência do Ministério da Instrução Pública 1913-1914”. In Obras. Vol II. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1984.
CID, José de Matos Sobral – "Clínica das perturbações da memória". Jornal da Sociedade de Ciencias Médicas de Lisboa. Lisboa. Vol. LXXXVII, nº10-12 (1923). In Obras I. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1983.
CID, José de Matos Sobral – “Psychoses Symptomaticas das Doenças Infecciosas Agudas”. A Medicina Contemporanea. nº 12 (1923), pp. 89-93; nº 15 (1923), pp. 113-117.
CID, José de Matos Sobral – “Psychoses Symptomaticas das Doenças Geraes e dos Orgãos da Vida Vegetativa”. A Medicina Contemporanea. nº 10 (1924), pp. 73-77; nº 12 (1924), pp. 92-94; nº 32 (1924), pp. 250-253; nº 33 (1924), pp. 260-262.
CID, José de Matos Sobral – "Classificação e sistemática geral das psicoses". Lisboa Médica. Lisboa. (1924), pp. 209-223; pp. 295-309.
CID, José de Matos Sobral – “A vida psíquica dos esquizofrénicos”. Obras I. Psicopatologia clínica e psicopatologia forense. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1983. pp. 103-161. (Edição Original 1924)
CID, José de Matos Sobral – A Clínica Psiquiátrica de Lisboa (Manicómio Bombarda). Propostas de reorganização apresentadas a S. Exª o Ministro da Instrução Pública. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1925.
CID, José de Matos Sobral – O Professor Miguel Bombarda. A sua carreira e a sua obra de alienista. 1º Centenário da Fundação da Régia Escola de Cirurgia de Lisboa. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1925. pp. 1-18.
CID, José de Matos Sobral – Oração de Sapiência proferida na Universidade de Lisboa a 8 de Dezembro de 1925: Aspirações Universitárias. A Universidade ao serviço da Nação. In Obras II. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1984. pp. 329-360.
CID, José de Matos Sobral – “Reforma e actualização da Assistência Psiquiátrica em Portugal”. Sep. Lisboa Médica. Ano IV (1927), pp. 549-575; nº1 (1928), pp.1-29.
CID, José de Matos Sobral – Obras. Psicopatologia Clínica e Psicopatologia Forense. Vol. I. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1983
CID, José de Matos Sobral – Obras. Outros Temas Psiquiátricos. Problemas de Ensino e outros Temas. Vol. II. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1984.
CLÉRAMBAULT, G., – “Automatisme mental et scission du moi”, “Les psychoses hallucinatoires chroniques I”, “Les psychoses hallucinatoires chroniques II”. In Les Édifices du Délire. Paris: Navarin, 1987. pp. 39-113 (présentation par Paul Bercherie). (originais de: 1920, 1923,1924)
COELHO, Eduardo – Das relações do estado cerebral com o estado mental. O critério biológico em neurologia. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1923.
COELHO, Eduardo – "Revista dos Jornais de Medicina – O valor da terapêutica malárica na demência paralítica". Lisboa Médica. Lisboa. (1926), p. 530.

COELHO, Eduardo – "A caracteriologia de Kretschmer. O corpo e o carácter". Lisboa Médica. Lisboa. (1928), pp. LXIX-LXXII.
COELHO, Eduardo – "O significado biológico da obra de Hughlings Jackson". Lisboa Médica. Lisboa. nº 8 (1932), pp. LXXV-LXXXIV.
COMTE, A. – Discurso sobre o Espírito Positivo. Lisboa: Seara Nova, 1927.
CORRÊA, António Augusto Mendes – O Génio e o Talento na Pathologia. Porto: Imprensa Portuguesa, 1911.
CORRÊA, António Augusto Mendes – Antropologia Clínica. Portugal Médico. Porto. nº5 (1926), pp. 191-203.
CORRÊA, António Augusto Mendes – O Problema Eugénico em Portugal. A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº 29 (1927). pp. 225-228.
CORRÊA, António Augusto Mendes – Os Criminosos Portugueses. Dissertação de concurso para assistente da Faculdade de Medicina do Porto. Porto, 1913.
CORTESÃO, Jaime – A Arte e a Medicina. Antero de Quental e Sousa Martins. Coimbra: Tipografia França Amado, 1910.
COSTA, Manuel Isidro Ribeiro Fonseca da – Algumas palavras sobre a síndrome mioclónica. Lisboa: Castro & Cª, 1909.
COUTINHO, José do Nascimento da Rocha Azevedo – Diagnóstico da Paralysia Geral dos Alienados. Porto: Typographia da viúva Gandra, 1886.
COTARD, J. – "Del delírio de negación" (ed. original,1882). In Delirios Melancólicos: Negación y Enormidad. Madrid: Alienistas del Pisuerga, 2008. pp. 11-37.
CRAVO, Abel Cândido da Silva – Flagelos sociais. Alcoolismo, Tuberculose e Sífilis. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1922.
CUNHA, José da – As remissões na paralysia geral. Porto: Imprensa Moderna, 1886.
CUNHA, M. Adelaide da – Doida não! Porto: Tipografia Fonseca, 1920.
DALGADO, D. G. – Mémoire sur la vie de L'Abbé de Faria. Tournus: Éditions Labussière, 2000. (original 1906).
DANTAS, Júlio – Pintores e poetas de Rilhafoles. Lisboa: Livraria Editora Guimarães, Libanio & Cª, 1900.
DÉJERINE, J.; GAUCKLER, E. – Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses et leur traitement par la psychothérapie. Paris: Masson, 1911.
DESCHAMPS, A.; VINCHON, J. – Les Maladies de l'Énergie. Les Asthénies et la Neurasthénie. Paris: Felix Alcan, 1927. (3ª édition).
DEUSDADO, F. – "Da existência psychica do mundo exterior". Revista de Nevrologia e Psychiatria. 1º anno. nº 2 (1888), pp. 160-170.
DIAS, Arnaldo de Almeida - Paralisia Geral e Tabes na idade juvenil. Lisboa, 1917.
DIAS, Arnaldo de Almeida – "Revista dos Jornais de Medicina - O tratamento da Paralisia Geral pela inoculação do paludismo". Lisboa Médica. Lisboa. (1925), pp. 329-330.
DIAS, Da Cunha – Sobre um decreto. Uma campanha jornalística. Lisboa: Lamas, Motta & Cª, 1917.
DIAS, José Guilherme Baptista – Um ensaio sobre a loucura. Porto: Typographia Lusitana, 1877.
DUARTE, João Leite da Silva – Contribuição para o estudo das icterícias consecutivas ao uso do salvarsan e seus derivados. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1922.
DUBOIS, P. – Les psychonévroses et leur traitement moral. Paris: Masson, 1904. (com prefácio de Jules Déjerine). Reeditado em 2007 pela Ed. L'Harmattan.
DUPRÉ, E. - Pathologie de l'imagination et de l'emotivité. Paris: Payot,1925.
DURKHEIM, E. – O Suicídio. Estudo de Sociologia. Lisboa: Presença, 1977. (edição original 1897).
ESQUIROL, E. – De la lypémanie ou mélancolie. Toulouse: Privat, 1976. (edição original de 1820).
ESQUIROL, E. – Des Maladies Mentales. considérées sous les rapports médical hygiénique et médico-legal. 2 Vol. Bruxelles: Librairie de la Faculté de Médicine de Bruxelles, 1838.
FARIA, Abbé – De la cause du sommeil lucide ou étude de la nature de l'homme. Paris: L'Harmattan, 2005. (edição original 1819).
FERNANDES, Marcelo – O mal sagrado. Porto: Empresa Industrial Gráfica do Porto,1926.
FERRAZ, Manuel Tiburcio – Breves considerações a respeito das principais causas de degenerescencia, physica, moral e intelectual do Povo Português. Porto: Typ. De Pereira e Cunha, 1893.
FERREIRA, A. A. da Costa – Estudo de psycho-pathologia dos regicidas. Lisboa: Typ. Do Annuario Commercial, 1911.
FERREIRA, A. A. da Costa – "Invalidos de guerra. VII. Invalidos Psychicos". A Medicina Contemporanea,. nº 11 (1917), p. 86.
FERREIRA, A. A. da Costa – Algumas lições de psicologia e pedologia. Lisboa: Lumen, 1921.
FERREIRA, Júlio Bettencourt – Hysteria visceral e dolorosa (senil).Estado Mental. Lisboa: Henrique Zeferino-Editor, 1891.
FERREIRA, Teófilo – Mania Puerperal. Lisboa: Typographia Nova Minerva, 1878.

FONSECA, Ângelo – "O primeiro congresso nacional de beneficência e a questão dos alienados". Movimento Médico. 4º ano, nº 20 (1905), pp. 313-315.
FONSECA, Carolina A. Santos – A melancolia ansiosa e o crime. (observação de clínica psiquiátrica). Porto. s.e. 1923.
FONSECA, João Pinto da – Epilepsia (estudo clínico). Porto: Typ. A. F. Vasconcellos, 1902.
FONTES, Victor Hugo – "Notas bio-bibliograficas sobre o Dr. A. Aurélio da Costa Ferreira". Arquivo de Anatomia e Antropologia. nº8 (1923), pp. 563-595.
FONTES, Victor Hugo. – "Dois autógrafos de A. Aurélio da Costa Ferreira". Arquivo de Anatomia e Antropologia. nº8 (1923), pp. 539-550.
FORMULÁRIO dos Medicamentos para o Hospital Nacional e Real de S. José e annexos. Lisboa: Typ. Da Lot. Da Santa Casa da Misericórdia, 1901.
FORMULARIO Astier. Vade-Mecum de Therapeutica e Pharmacologia. Edição portuguesa traduzida da 3ª edição francesa. Paris: Librairie du " Monde Médical ", 1912.
FOUILÈE, Alfred – Le Mouvement Idéaliste et la réaction contre la Science Positive. Paris: Félix Alcan Ed., 1896.
FREIRE, Basílio – Estudos de Antropologia Pathologica - Os Degenerados. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1886.
FREIRE, Basílio – Estudos de Antropologia Pathologica - Os Criminosos. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1889.
FREIRE, Leonardo da Costa – Breves considerações sobre a epilepsia traumática. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1911. (Manuscrita).
FREUD, S. – Résultats, idées, problèmes. I. 1890-1920. Paris: P.U.F., 1984.
FREUD, S. – Métapsychologie. Paris: Gallimard, 1968. (original 1915).
FREUD, S. – Introduction a la psychanalyse. Paris: Payot, 1926.
FREUD, S. – Sexualidade. Lisboa: Ática, 1932.
FREUD, S; BREUER, J. – Études sur L'Hystérie. Paris: PUF, 1956. (original 1895).
FREUD, S. – Abrégé de Psychanalyse. Paris: P.U.F.,1955.
FRIAS, Roberto B. do R. – O crime (Apontamentos para a systematização da criminalidade). Porto: Typographia de Alexandre da Fonseca Vasconcellos, 1880.
FRONTEIRA, Francisco Antonio Ferreira - Algumas palavras sobre as allucinações e suas theorias. Lisboa: Imprensa Nacional, 1865.
GANSER, S. J. M. – "A Peculiar Hysterical State". In Hirsch, S., Shepherd, M.- Themes and Variations in European Psychiatry. Charlottesville: University Press of Virginia, 1974, pp. 67-73. (Edição original 1898)
GARCIA, Gregório Carrilho – O ciume morbido. Porto: Typ. A. F. Vasconcellos, 1900.
GAROFALO, R. – A Superstição Socialista (versão Portuguesa e pref. de Júlio de Mattos). Lisboa: Livraria Clássica Editora.1904.
GAROFALO, R. – Criminologia. Estudo sobre o Delito e a Repressão Penal. (versão Portuguesa e pref. de Júlio de Matos). Lisboa: Livraria Clássica Editora. 1925. 4ª ed. (1ª edição 1893).
GENIL-PERRIN, G. - Histoire des origines et de l'evolution de l'idée de dégénérescence en Médicine Mentale. Paris: Alfred Leclerc Editeur,1913.
GENIL-PERRIN G. – Les paranoiaques. Paris: Maloine, 1926.
GOMES, António Rodrigues – Breve estudo sobre os estados neurasthenicos. Porto: Typographia a vapor de Artur José de Sousa e irmão, 1899.
GONÇALVES, João – A Loucura da Penitenciaria de Lisboa. Lisboa: Imprensa de Libanio da Silva, 1899.
GONÇALVES, João – "A Loucura da Penitenciaria". A Medicina Contemporanea. nº 50 (1899).
GRIESINGER, W. – Mental Pathology and Therapeutics. New York: James Rutherford, M. D. Edin., 1882.
GUERREIRO, Domingos José dos Santos - Breves considerações sobre o estado mental das hystericas. Porto: Typographia da Real Oficina de S.José, 1897.
GUSMÃO, F.R. – "Os alienados em Portugal". Vol 2. A Medicina Contemporanea. nº37 (1885), pp. 295-297.
HAECKEL, E. – Os Enigmas do Universo. Porto: Livraria Chardron, 1908. (Edição original 1899).
HAECKEL, E. – O Monismo. Profissão de fé de um Naturalista. 3ª Edição. Porto: Livraria Chardron, 1947. (1ª edição, 1908).
HARTENBERG, P. – Traitement des Neurasthéniques. Paris: Felix Alcan, 1912.
HARTENBERG, P. – "Grandeur et decadence de la neurasthenie". (1920) Citado por - CERTHOUX, J. – "De la neurasthenie aux nevroses. Le traitement des nevroses dans le passé". Ann. Méd. Psych.119 Année, T. I, (1961), pp. 913-932.
HAYEM, G. – Leçons de Thérapeutique. Paris: G. Masson. 1891.
HERZEN, V. – Guide – Formulaire de Thérapeutique (12ª ed.). Paris: J.-B. Bailliere et Fils, 1925.

ILHARCO, F. – Contribuição para o conhecimento do estado do systema nervoso da vida orgânica em diversos estados psychopaticos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1925 (dactilografado). Tese de doutoramento.
JACKSON, J. H. – "A Study of Convulsions". In: ARTS, N. – Epilepsy through the ages.The Netherlands Van Zuiden Communications, 2001. pp. 207-242. (original 1870).
JANET, P. – L'Automatisme Psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Paris: Felix Alcan, 1889. (réédité en 1973, Societé Pierre Janet).
JANET, P. – Les névroses. Paris: Flammarion, 1909.
JANET, P. – La Médecine Psychologique. Paris: L'Harmattan, 2005. (original 1923).
JASPERS, K. –Psychopathologie générale. Paris: Felix Alcan, 1927.
JASPERS, K. – Psicopatologia General. Mexico: Fondo de Cultura Económica, 1996. (original 1913).
JORGE, Ricardo d'Almeida – Um Ensaio sobre o Nervosismo. Porto: Typographia Occidental, 1879.
JORGE, Ricardo d'Almeida – A guerra e o pensamento médico. Lisboa: Edição da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, 1914.
JUNG, C.G. – Psicologia de la Demencia Precoz. Barcelona: Paidós,1987. (original de 1907).
JUNIOR, João Lopes da Silva Martins – A Hysteria e as suas localizações motrizes (estudo de semiologia). Porto. Typographia Occidental, 1888.
KRAEPELIN, Emil – Introduction à la Psychiatrie Clinique. Paris: Navarin, 1984. (edição original 1905)
KRAEPELIN, Emil – La Psychose irréversible. (Traduit de l'edition allemande 1899) Paris: Navarin, 1987.
KRAEPELIN, Emil – Leçons cliniques sur la démence precoce et la psychose maníaco-dépressive. Toulouse: Privat, 1970 (Textes choisis et présentés par Jacques Postel). (Original 1899)
KRAEPELIN, Emil –"Les Paraphrenies". Analytica. Paris: Navarin Editeur. Vol 19, (1980). (edição original 1912)
KRAEPELIN, Emil – Memorias. Madrid: Alienistas del Pisuerga, 2009. (publicadas em 1983).
KRAFFT-EBING, R. – Psychopathia Sexualis avec recherches spéciales sur l'inversion sexuelle. Paris: Georges Carré ed., 1895.
KRAFFT-EBING, R. – Traité Clinique de Psychiatrie. Paris: A. Maloine. 1897.
KRETSCHMER, E. – Paranoia et sensibilité. Paris: Presses Universitaires de France, 1963. (Edição original 1918).
KRETSCHMER, E – Constitución y Carácter. Barcelona: Editorial Labor, S.A., 1954. (Edição original 1921)
KROPOTKINE, Pedro – Em volta de uma vida. Memórias. Lisboa: Typographia do Commercio, 1907.
LACERDA, Aarão Ferreira de – Breves considerações acerca de alguns casos de paralysia geral. Porto: Typographia Occcidental, 1906.
LACERDA, J. Crespo – Tratamento da sífilis pelo "606". A Medicina Contemporanea. nº 49 (1911). (excerto da dissertação inaugural).
LACERDA, José de – Os Neurasthenicos. Esboço D'Um Estudo Medico e Philosophico. Lisboa: M. Gomes, Livreiro-Editor, 1895.
LACERDA, José de – "Actualidades Profissionaes - A consciência e o livre arbítrio" A Medicina Contemporânea. nº 13 (1898), pp. 102-103.
LACERDA, José de – Esboços de Pathologia Social e Idéas de Pedagogia Geral. Lisboa: Livraria de José A. Rodrigues, 1901.
LAGE, Mário Pereira – Algumas notas sobre os erros da percepção. Porto: Imprensa Nacional de Jaime Vasconcelos, 1916.
LANGE, F. A. – História do Materialismo. Volume I e II. Lisboa: Editorial Gleba. (s.d.).
LARANJEIRA, Manuel Fernandes – A Doença da Santidade (ensaio psychopathologico sobre o mysticismo de forma religiosa). Porto: Typographia do Porto Medico,1907.
LASÈGUE, C. – Du Délire de Persécutions. In Ècrits Psychiatriques. Toulouse: Privat, 1971, pp. 29-47. (1ª ed.1852)
LEGRAND DU SAULLE, H – Le Délire de Persécutions. Paris: Plon, 1871.
LEGRAND DU SAULLE, H. – La Folie du Doute. Paris: Adrien Delahaye, 1875.
LEMOS, A. Magalhães – A região psychomotriz. Apontamentos para contribuir para o estudo da sua anatomia. Porto: Typographia Occidental, 1882.
LEMOS, A. Magalhães – Visite Psychiatrique à la Colonie de Gheel. Porto: Typ. Occidental, 1886.
LEMOS, A. Magalhães – "Nota sobre a organização do serviço médico nos asilos de alienados de Paris". In Relatório do Serviço Médico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira relativo ao primeiro biennio (1883-1885). Porto: Typographia Occidental, 1887.
LEMOS, A. Magalhães – A Paralysia Geral. Contribuição ao estudo da sua histologia e physiologia pathologica. Porto: Typographia Occidental, 1889. Dissertação de Concurso.
LEMOS, A. Magalhães – Lição de Abertura do Curso Clínico de Doenças Mentaes e Nervosas feita no Hospital do Conde de Ferreira. Porto: Typographia Occidental, 1890.

LEMOS, A. Magalhães - "Contribution a l'étude de l'epilepsie symptomatique des neoplasies corticales". La Nouvelle Iconographie de la Salpètrière. Paris, 1898. pp. 1-14.
LEMOS, A. Magalhães – "Os progressos da Medicina em 1899". A Medicina Contemporânea. nº 1 (1900), pp. 7-9.
LEMOS, A. Magalhães, – "Évolution des idées délirantes dans quelques cas de mélancolie chronique à forme anxieuse". Communication au XIV Congrès International de Médecine. Porto: Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1903.
LEMOS, A. Magalhães – Perte de la vision mentale des objets (Formes et couleurs) dans la Mélancolie Anxieuse. Porto: Imprensa portugueza, 1906.
LEMOS, A. Magalhães – "Assistence des Aliénés en Portugal". Publication de la revue de Psychiatrie et de Psychologie Expérimentale. Porto: Typographia do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1907.
LEMOS, A. Magalhães – Note sur L'Assistence des Aliénés en Portugal. Communication au IIIeme Congrés Internationale de l'assistence des aliénés. Vienne, 1908.
LEMOS, A. Magalhães – Hallucinations unilatérales de l'ouïe. Porto: Officina Typ. Do Manicómio do Conde de Ferreira, 1911.
LEMOS, A. Magalhães – Curso de Psychiatria. Lição de abertura. Relações da Psychologia com a Neurologia. Porto: Officina Typographica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1912.
LEMOS, A. Magalhães – "Júlio de Matos (1856-1922) ". Annales Médico-Psychologiques (Extrait). Novembre 1922. Porto: Oficina tipográfica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, pp. 3-5.
LEMOS, A. Magalhães – Relatorio apresentado à Faculdade de Medicina do Porto para ser conferido o título de seu professor honorário ao Prof Dr. Oskar Vogt de Berlim. Porto: Oficina Tipográfica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, 1924.
LEMOS, A. Magalhães – A Psiquiatria e a Neurologia no Porto. História e estado actual do seu ensino. Porto: Emp. Indust Grafica do Porto, 1925.
LEMOS, A. Magalhães – "Professor Júlio de Matos". In História do Ensino Médico no Porto. Suplemento coordenado por Hernâni Monteiro. Porto: Tipografia a Vapor da Enciclopédia Portuguesa, 1925. pp. 87-94.
LEMOS, José Maria Pacheco da Silva – Breve estudo histórico e patogénico da Dyspepsia neurasthenica (neurasthenia gástrica). Porto: Typographia Gandra, 1891.
LEMOS, Maximiano – História da Medicina em Portugal. Doutrinas e Instituições. Lisboa: D. Quixote e Ordem dos Médicos, 1991. 2 Vol. (1ª edição 1899).
LEMOS, Maximiano – "O Abade de Faria e o hipnotismo". Arquivo Médico. 1:3 (1914), pp. 33-35.
LEURET, F. – Du traitement moral de la folie. Paris: Baillière, 1840.
LIMA, José d' Oliveira - O Hypnotismo e a Sugestão em Therapeutica. Porto: Typ. de A. F. Vasconcellos, 1900.
LOMBROSO, C. – L'Homme criminel. Étude anthropologique et medico-légale. Paris: Félix Alcan, 1887. (2ª edição francesa).
LOUREIRO, Sara das Dores – Paralisias histéricas. Porto: Imprensa Nacional de Jaime de Vasconcellos, 1917.
MAC-BRIDE, E. – "XXXI Congresso Allemão de Medicina". A Medicina Contemporanea. nº 19 (1914), pp. 150-153.
MACHADO, António Ferreira – Suicídio e suas tentativas no Porto. Estatística. (1900-1915). Porto: Imprensa Portuguesa, 1919.
MACHADO, Mário Pereira – Um paradoxo da Medicina. Génio e Loucura. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1915.
MADUREIRA, Albano da Fontoura – Breves considerações sobre a sede da hysteria e sua analogia com o bredismo. Lisboa: Typographia Lisbonense, 1876.
MAGALHÃES, Alfredo de – Os milagres de Lourdes como therapeutica psychologica. Porto: Imprensa Portuguesa, 1897.
MAGALHÃES, José António de – O pessimismo no ponto de vista da psychologia morbida. Contribuição para o estudo da neurasthenia psychica. Lisboa: Typographia Universal, 1890.
MAGALHÃES, Pinto de – " A questão da hysteria". A Medicina Contemporânea. Lisboa. nº 51 (1908), pp. 404-405.
MAGNAN,V; LEGRAIN, P. – Les Dégénérés. État Mental et Syndromes Épisodiques. Paris: Rueff et Cie, 1895.
MAGNAN, V. – Leçons cliniques sur les maladies mentales faites à l'asile clinique (Sainte-Anne). Paris: F. Alcan,1897.
MAIA, António Chaves – Astasia-abasia pós comocional. Porto: Empresa Industrial Gráfica do Porto, 1920.
MARCHANT, G. –"Établissements d'aliénés. Note sur l'état des aliénés en Portugal, à Madère et à Ténériffe". Annales Médico-Psychologiques. Tome III (1844), pp. 363-391.
MARQUES, Mário Godinho Campos – Algumas palavras sobre Histeria. Pithiatismo na guerra. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1919.
MARIE, A. – Traité International de Psychologie Pathologique.Tome Deuxième. Paris: Félix Alcan, 1911.

MARTIN, O. – Nouveau Formulaire Magistral de Thérapeutique Clinique et de Pharmacologie. Paris: J.-B. Baillière et Fils, 1908.
MARTINS, Júlio P. – Considerações geraes sobre estados de obsessão. Lisboa: Typographia Fernandes & Fernandes, 1906.
MARTINS, J. Mendes – Sociologia criminal (estudos). Lisboa: Tavares Cardoso & Irmão, 1903.
MARTINS, J. Mendes – Justa defesa. Lisboa: Tavares Cardoso & Irmão, 1903.
MATOS; Álvaro Ribeiro de – Breve estudo sobre nosologia neurasthenica. Porto: Imprensa Moderna de Manuel Lello, 1912.
MATOS, Daniel de – "Cursos de psiquiatria gorados. Ensino da Psiquiatria". Movimento Médico. Coimbra. nº 3 (1905), pp. 33-39.
MATTOS, Júlio de – "Ensaio Sobre a Evolução em Biologia". O Positivismo. Porto: vol. 1 (1878-1879), pp 94-101, pp. 208-212; pp. 291-294.
MATTOS, Júlio de – Pathogenia das Hallucinações. Porto: Imprensa Commercial,1880.
MATTOS, Júlio de – As Hallucinações. Estudo médico-psycologico Porto: Imprensa Commercial, 1880.
MATTOS, Júlio de – "Um caso de Delírio de Perseguições". Coimbra Médica. Coimbra. nº 21 (1881), pp. 323-334.
MATTOS, Júlio de – História Natural Ilustrada. 6 Vol. Porto: Livraria Universal, 1880-1882.
MATTOS, Júlio de – "Carlos Darwin". O Positivismo. Porto. Vol.IV, (1882), p. 180.
MATTOS, Júlio de – "Reflexões sobre o diagnóstico da paralysia geral dos alienados". A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº 42 (1883), pp. 335-337; nº 43 (1883), pp. 345-347; nº 44 (1883), pp. 351-352.
MATTOS, Júlio de – Manual das Doenças Mentaes. Porto: Livraria Central de Campos e Godinho Editores, 1884.
MATTOS, Júlio de – " Variedades Melancolicas". A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº 5 (1884), pp. 33-35; nº 8, pp. 60-61; nº 9, pp. 67-68.
MATTOS, Júlio de – "A motivação e premeditação nos actos dos epilépticos". Revista de Nevrologia e Psychiatria. 1º anno, nº 2 (1888), pp. 147-159.
MATTOS, Júlio de – A Loucura. Estudos Clínicos e Médico-Legaes. S. Paulo: Teixeira & Irmão, 1889.
MATTOS, Júlio de – "O Dr. António Maria de Senna". Revista Occidente. Vol. 13, 13º Ano (1890), pp. 247-250.
MATTOS, Júlio de – Allucinações e Illusões. Ensaio de Psychologia morbida. S. Paulo: Teixeira & Irmão, 1892.
MATTOS, Júlio de – A Paranoia. Ensaio pathogenico sobre os delírios systematisados. Lisboa: Livraria Editora Tavares Cardoso & Irmão, 1898.
MATTOS, Júlio de – "As doenças infecciosas na etiologia da alienação mental". Revista Portugueza de Medicina e Cirurgia Praticas. Lisboa. nº 41 (1898), pp. 129-141.
MATTOS, Júlio de – Os Alienados nos Tribunaes I. Lisboa: Tavares Cardoso e Irmão, 1902; Os Alienados nos Tribunaes II. Lisboa: Tavares Cardoso e Irmão, 1903; Os Alienados nos Tribunaes III. Lisboa: Tavares Cardoso e Irmão, 1907.
MATTOS, Júlio de – "A Loucura Penitenciaria". A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº 11 (1903), pp. 81-83; pp. 90-91.
MATTOS, Júlio de – "Em torno de uma questão…decidida - I". A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº 8 (1903), pp. 62-64.
MATTOS, Júlio de – "Em torno de uma questão…decidida - II". A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº 9, (1903), pp. 73-75.
MATTOS, Júlio de – "Impressões". In Memoriam Sousa Martins. Lisboa: Oficina Typographica da Casa da Moeda, 1904, pp. 313-342.
MATTOS, Júlio de – "Os Alienados em Portugal. Assistência- Legislação- Ensino da psychiatria". In: Exposição do Rio de Janeiro em 1908 - Secção portuguesa. Notas sobre Portugal. Vol. I. Lisboa: Imprensa Nacional. 1908. pp. 669-683.
MATTOS, Júlio de –"O Sonho Neurasthenico". Movimento Médico. Coimbra. nº 14 (1910), pp. 217-219.
MATTOS, Júlio de – Curso Clínico de Doenças Mentaes e Nervosas, Conferências. Porto: Livraria Editora de Lopes e Cª, 1910.
MATTOS, Júlio de – "Lições sobre doenças mentaes e nervosas na Escola Médica do Porto". A Medicina Contemporanea. nº 11 (1910), pp. 85-86.
MATTOS, Júlio de – "Assistência aos Alienados em Portugal". A Medicina Contemporanea. nº 19 (1911), pp. 145-152.
MATTOS, Júlio de – Curso de Psychiatria, 1911-1912.Faculdade de Medicina de Lisboa. A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº 48 (1911), pp. 377-381.
MATTOS, Júlio de – Elementos de Psychiatria. Porto: Livraria Chardron de Lello e Irmão editores, 1911.

MATTOS, Júlio de – “L’Assistance des Aliénés Criminels au point de vue législatif”. In A Loucura. Estudos Clínicos e Médico-Legaes. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1914. pp. 515-525. (2ª ed. revista e ampliada).
MATTOS, Júlio de – A Loucura. Estudos Clínicos e Médico-Legaes. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1914.
MAUDSLEY, H. – The Pathology of Mind. A study of its distempers, deformities and disorders. London: Julien Friedmann Publishers, 1979. (Text based on the 1895 edit.).
MELLO, João Carlos Mascarenhas de – Insuficiência mental primitiva. Porto: Typographia Occidental, 1885.
MENA, José Casimiro Carteado – Alguns estudos sobre a ideia do Ser. Porto: Typographia Occidental, 1902.
MESQUITA, Marcelino – Hysteria. Lisboa: Typographia Minerva Central, 1884.
MINKOWSKI, E. – La schizophrénie. Psychopathologie des schizoides et des schizophrénes. Paris: Payot, 1927.
MIRA, Matias Boleto Ferreira de – Psychoses Palustres. Lisboa: Typographia. Mattos Moreira & Pinheiro, 1898.
MIRANDA, João Carlos Falcão de – Um caso de diagnóstico difícil entre hemiplegia hysterica e orgânica. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1911. (manuscrito)
MONAKOW, C. V.; MOURGUE, R. – Introduction Biologique à L' Étude de la Neurologie et de la Psychopathologie. Paris: Felix Alcan, 1928.
MONIZ, Egas – Alterações Anátomo-Patológicas na Difteria. Coimbra Médica. Coimbra: Imprensa Médica, 1900. Separata.
MONIZ, Egas – A Vida Sexual I - Fisiologia. Coimbra: França Amado, 1901.
MONIZ, Egas – A Vida Sexual II - Patologia . Coimbra: França Amado, 1902.
MONIZ, Egas – A Vida Sexual. Fisiologia e Patologia. Lisboa: Casa Ventura Abrantes, 1932. (14ª edição, novamente revista e aumentada).
MONIZ, Egas – "Lição de abertura do Curso de Neurologia". A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº 47 (1912), pp. 369-373.
MONIZ, Egas – "As novas ideias sobre o hipnotismo (Aspectos Médico-Legais)". Revista da Universidade de Coimbra. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. Vol III, nº 4 (1914), pp. 5-30.
MONIZ, Egas – "As bases da Psychoanalise. Lição do Curso de Neurologia”. A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº 47 (1915), pp. 377-383.
MONIZ, Egas – A Neurologia na Guerra. Lisboa : Livraria Ferreira, Editores, 1917.
MONIZ, Egas – "O Conflito Sexual". Portugal Médico. Porto. nº 9 (1921), pp. 385-403.
MONIZ, Egas – Julio Denis e a sua obra (I e II). Lisboa: Casa Ventura Abrantes, 1924.
MONIZ, Egas – “Julio Denis e a Psicoanálise”. A Medicina Contemporanea. nº 24 (1924), pp. 185-188.
MONIZ, Egas – O Padre Faria na História do Hipnotismo. Lisboa: Faculdade de Medicina. I Vol., 1925. Reedição com o título: O Abade Faria na história do hipnotismo. Lisboa: Editorial Vega, 1977.
MONIZ, Egas – In Homenagem ao Prof. Magalhães Lemos. Porto: Emp. Indust. Gráfica do Porto, 1927. pp. 69-82.
MONIZ, Egas – Confidências de um Investigador Científico. Lisboa: Edições Ática, 1949.
MONTEIRO, Abílio Adriano de Campos – A Neurasthenia (apontamentos e opiniões). Porto: Typographia Universal, 1902.
MONTEIRO, António Laranjo Ferreira – A Psico-Analise de Freud. Coimbra: Tipografia Bizarro, 1925.
MONTEIRO, A. Camilo – "O Foro e as questões sexuais- Três acordãos do Supremo". A Medicina Contemporanea. nº 8 (1926), pp. 57-64; nº30, pp. 233-238; nº31, pp. 241-246.
MONTEIRO, A. Camilo – Amor safico e socratico. Estudo médico-forense. Lisboa: Instituto de Medicina Legal de Lisboa, 1922.
MORALES, José – A Medicina Forense em Portugal até aos princípios do Seculo XIX. Lisboa: Typographia do Annuario Commercial, 1916.
MOREL, B. A. - Traité des Dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives. Paris: J. B. Baillière, 1857.
MOREL, B. A. – Traité des maladies mentales. Paris: Masson, 1860.
MOTTA, Eduardo Augusto- Licções de Pharmacologia e Therapeutica Geraes. 3ª edição. Lisboa: Typographia da Academia Real das Sciencias, 1901.
MOURA, Alberto Alexandre Gomes de – Hysteria e Degenerescencia (suas relações). Porto: Typographia a vapor da Real Officina de S. José, 1900.
MOURA, Elísio de – “Discurso”. In Homenagem ao Prof. Magalhães Lemos. Emp. Indust. Gráfica do Porto. Porto, 1927. pp. 39-58.
MOURA, Elísio de – Anorexia Mental. Acta Universitatis Conimbrigensis. Coimbra: Por Ordem da Universidade, 1947.
MOURA, Elísio de – Anorexia Mental. Anorexia Mental Juvenil e estados afins, (2ª edição ampliada). I parte. Braga, 1966.
MOURGUE, R. – Neurobiologie de l’Hallucination. Bruxelles: Maurice Lamertin,1932.

NITSCHE, P.; WILMANNS, K. – The history of the prison psychoses. New York: The Journal of nervous and mental disease, 1912.
NOGUEIRA, José da Silva – Contribuição para o estudo das alucinações. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1922. (Tese de Doutoramento)
OLIVEIRA, Alfredo Herculano de – As formas artificiais do ataque epileptico. Porto: Tip. Lusitania, 1921.
OLIVEIRA, Casimiro A. de – O casamento e a alienação mental. Porto: Typographia Occidental, 1893.
OLIVEIRA, J. Correa – O sistema extra-piramidal. História, anatomia, fisiopatologia e clínica. Coimbra: Coimbra Editora, 1929.
OLIVEIRA, Manuel José de - O problema de Lombroso. Estudo crítico de Bio-Sociologia sobre a teoria atávica do crime. Porto: Typ. A. F. Vasconcellos, 1904.
PACHECO, Albino – Degenerescência. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1901.
PACHECO, Luis – "Demencia Precoce e Esquizofrenia". Lisboa Médica. Lisboa. (1927), pp. 20-25.
PACHECO, Luis – "Resultados da Malariaterapia na Paralisia Geral". Lisboa Médica. Lisboa. (1927), pp 528-530.
PACHECO, Luis – "Considerações sobre a epilepsia, sua etiologia fisiopatologia e tratamento". Lisboa Médica. (1929), pp. 249-253.
PADESCA, Adelino da Costa – Neurasthenia e nevroses. Lisboa: A Liberal- Officina Typographica, 1908.
PÁDUA, A. – "Assunto urgente". Movimento Medico. nº 7 (1910), pp. 103-107.
PAIS, António da Costa – Epilepsia Bravais-jacksonienne (estudo de três casos clínicos). Porto: s.e., 1921.
PARSONS, Roy Burlew – Sobre a piretoterapia na paralisia geral. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, s.d. (1930?).
PATINHA, Aleixo Loureiro – O crime nos melancólicos. Porto: Tipografia Enciclopédica Portuguesa, 1926.
PENELLA, L. A. de Sá – Sobre a intoxicação mortal pelo Salvarsan. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 1913.
PESTANA, José – A sugestão e o hipnotismo na Medicina. Lisboa: Typografia Palhares, 1917.
PIMENTEL, Alberto (filho) – Nosographia de Camilo Castelo Branco. Lisboa: Imprensa Portuguesa, 1898.
PINEL, P. – Traité Médico-Philosophique sur l'Alienation Mentale. Paris: J. Ant. Brosson, 1809.
PINHO, Candido Augusto Correia de – O Princípio de Hereditariedade. Porto: Typographia de Antonio José da Silva, 1877.
PINTO, Américo Cortez – A Encefalite Letárgica ou encéfalo-mielite difusa epidémica. Leiria: Tipografia Leiriense, 1921.
PITRES, A; RÉGIS, E. - Les Obsessions et les Impulsions. Paris: Octave Doin, 1902.
PRAÇA, Carlos de Moura - As incertezas da Medicina (Trabalho de filosofia médica). Porto: Tipografia Sousa, 1916.
PULIDO, F. M. – Relatório sobre a organização do Hospital de Alienados em Rilhafoles e dos resultados administrativos e clínicos no ano de 1850 e três trimestres de 1851. Lisboa: Imprensa Nacional, 1851.
QUENTAL, Filipe do - Estudo sobre a degeneração physica e moral do Homem determinada pelas emanações palustres. Coimbra: Imprensa Universitária de Coimbra, 1866.
RAMALHO, Augusto Soares – Os Sonhos: Estudo de Psychophysiologia. Porto: Typographia Occidental, 1881.
RAPOSO, Pedro António Bettencourt – Estudos philosophicos e physiologicos sobre a vida e algumas das suas manifestações. Lisboa: Mattos Moreira e Cª, 1877. (Tese de concurso)
RAYMOND, F. – "Névroses et Psycho-Névroses". In Traité International de Psychologie Pathologique. Vol. II. Paris: Felix Alcan, 1911.
REDACÇÃO da Medicina Contemporanea – "Professor Dr. Antonio Maria de Senna". A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº 42 (1890), pp. 329-330.
RÉGIS, E.; HESNARD, A. – La psychoanalyse des nevroses et des psychoses. Ses applications médicales et extra-médicales. Paris: Alcan, 1929. (original 1914).
RÉGIS, E. - Précis de Psychiatrie. Paris Octave Doin et fils, 1914.
RIBEIRO, Victor. – História da Beneficencia Publica em Portugal. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1907.
RIBEIRO, B. de Jesus Lavrador – Falsos comiciais. A questão do diagnóstico. Coimbra: Casa Typographica, 1920.
RIBOT, T. – La Psychologie Anglaise Contemporaine. Paris: Felix Alcan, 1887.
RIBOT, T. – As doenças da vontade. Lisboa: Typographia de Francisco Luiz Gonçalves, 1911.
RIBOT, T. – As Doenças da Memória. Lisboa: Empresa Literária Fluminense, 1915.
ROCHA, Augusto – "Lição". Coimbra Médica. Coimbra. nº 8 (1884), pp. 114-115.
ROCHA, Augusto – Prof. A. M. de Senna. A Medicina Contemporanea. nº43 (1890), p. 337.
RODRIGUES, Santana – A Dinamica do Pensamento (Estudos de Psychologia). Lisboa: Tipografia do Annuario Comercial, 1919.

RODRIGUES, Santana – “Sobre localizações psíquicas”. A Medicina Contemporanea. nº 40 (1919), pp. 317-320; nº 42, pp. 333-336.
RODRIGUES, Santana – O Abade Faria. Lisboa: Empresa Contemporânea de Edições, 1946.
RODRIGUES, A. Bettencourt – Ao Combate. Coimbra: Imprensa Comercial e Industrial, 1873.
RODRIGUES, A. Bettencourt – Contribution à l'étude des reflexes dans la paralysie générale des aliénés. Paris: Imprimerie des écoles, 1886. (Thèse).
RODRIGUES, A. Bettencourt – “A Hemiplegia Histérica, Sintomatologia e Diagnóstico”. Revista de Nevrologia e Psychiatria. Lisboa. nº 2 (1888), pp. 171-187.
RODRIGUES, A. Bettencourt – "Curso Livre de Nevropathologia e Psychiatria". Revista de Nevrologia e Psychiatria. Lisboa. nº1 (1888), pp. 45-57.
RODRIGUES, A. Bettencourt – "Mais Um". A Medicina Contemporanea. nº 8 (1888), p. 64.
RODRIGUES, A. Bettencourt – "Relatório proposta de lei "A Medicina Contemporanea. nº 23 (1888), pp. 181-184; nº 25, pp. 198-199.
RODRIGUES, A. Bettencourt – "Representação dirigida pela Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa". A Medicina Contemporanea. nº 22, (1888), pp. 173-175.
RODRIGUES, A. Bettencourt – Revista de Nevrologia e Psychiatria. Lisboa: Henrique Zeferino Editor, (1888-1889).
RODRIGUES, A. Bettencourt – États de Service: Travaux et Diplomes Scientifiques. Lisboa: Companhia Nacional Editora (inclui certificado de Charcot e certificado de Benjamin Ball), 1892.
RODRIGUES, A. Bettencourt – Allopathia e homeopathia. Lisboa: Livraria Clássica-Editora, 1908.
RODRIGUES, A. Bettencourt – Os sentidos e a emoção nalguns poetas portugueses e brasileiros. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1909.
RODRIGUES, A. Bettencourt – A República Portuguesa. Lisboa: Clássica Editora, 1911.
RODRIGUES, A. Bettencourt – A Pátria e o Povo Português. Lisboa: Clássica Editora, 1912.
RODRIGUES, A. Bettencourt – Psychologia do medo, sua expressão na arte e na poesia. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1913.
RODRIGUES, A. Bettencourt – O Problema therapeutico da tuberculose. Lisboa: Livraria Clássica Editora. 1916.
RODRIGUES, A. Bettencourt – Medicina e Médicos. Lisboa: Lúmen, 1922.
RODRIGUES, A. Bettencourt – Uma confederação Luso-Brasileira. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1923.
RODRIGUES, A. Bettencourt. – “A Pátria Brasileira”. Coimbra: O Instituto. 4ªSérie, Vol. II, nº 2 (1925).
RODRIGUES, A. Bettencourt – 28 Meses no Ministério dos Negócios Estrangeiros. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1929.
RODRIGUES, A. Bettencourt – Por Estradas e Atalhos. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1931.
ROMA, E. – A Microcephalia. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1913.
ROSAS, Álvaro da Silva - Um caso de mutismo histérico na coreia de Sydenham. Porto: Imprensa Civilização, 1919.
SAAVEDRA, José – OS Semi-loucos. Na psychiatria, na sociedade, nas letras. Coimbra: Gráfica Conimbricense, 1922.
SALAZAR, Abel de Lima – Ensaio de Psicologia Filosófica. Porto: Typografia a vapor da Enciclopedia Portuguesa, 1915.
SANTANNA, M. F. – O Materialismo em Face da Sciencia. A propósito da Consciência e Livre Arbítrio do Sr. Prof. Miguel Bombarda. Vol. I. Lisboa: Typographia da Casa Catholica, 1899.
SANTANNA, M. F. – O Materialismo em Face da Sciencia. A propósito da Consciência e Livre Arbítrio do Sr. Prof. Miguel Bombarda. Vol. II. Lisboa: Typographia da Casa Catholica, 1900.
SANTOS, Albano Pereira dos - Perversão Sexual. Famalicão: Typografia Minerva, 1903.
SANTOS, A. M. dos – Tratamento da sífilis pelo Silbersalvarsan (Tese). Porto: Tipografia Marques, 1921.
SANTOS, Reynaldo dos – Terciarismo e parasyphilis. Etiologia e prophylaxia. Lisboa: Typografia a vapor da Papelaria Estevão Nunes e F^{os} , 1903.
SAUSSURE, F. – Cours de Linguistique Générale. Paris: Payot, 1972. (Original 1916).
SCHINDLER, H. – A Medicina Contemporanea. nº15 (1887), pp. 116-118.
SCHÜLE, H. – Traité Clinique des Maladies Mentales. Paris: Lecrosnier et Babé, 1888.
SÉGLAS, Jules – Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Salpêtrière 1887-1894). Paris: Asselin et Houzeau, 1895.
SÉGLAS, Jules – Le Délire de négations. Sémeiologie et diagnostic. Paris: G. Masson, Gauthier-Villars, 1897.
SÉGLAS, Jules – " La démence paranoide". In Les Édifices du délire. Paris: Navarin, 1987. pp. 115-126. (Edição original 1900)
SEIXAS, Henrique C. R. – Os crimes dos Epilepticos. Porto: Imprensa Nacional, 1922.
SENNA, António Maria de – Análise espectral do sangue. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1876.

SENNA, António Maria de – Delírio nas molestias agudas. Coimbra: Imprensa Universidade, 1876.
SENNA, António Maria de – Teses de Medicina theorica e pratica. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1876.
SENNA, Antonio Maria de – “ Viagens Scientificas – Relatórios I, II e III”. Coimbra: Estudos Médicos, nº17, nº18; (1878 - 1880), pp. 157-161; pp.199-203; pp. 2-16.
SENNA, António Maria de – Os Alienados em Portugal. I. Historia e Estatística. Lisboa: Publicação da Medicina Contemporanea, 1884.
SENNA, António Maria de – Os Alienados em Portugal. II. Hospital do Conde de Ferreira. Porto: Imprensa Portuguesa, 1885.
SENNA, António Maria de – Benefícios sociais do Hospital do Conde de Ferreira no 1º triennio. Porto: Typographia Occidental, 1886.
SENNA, António Maria de – Relatório do Serviço Médico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira relativo ao primeiro biennio (1883-1885). Com a colaboração dos clínicos Júlio Xavier de Mattos- medico adjunto, J. Urbano, L. Peixoto e Magalhães Lemos- médicos externos. Porto: Typographia Occidental, 1887.
SENNA, António Maria de – Discursos sobre o Systema Penitenciario. Porto: Typographia do Hospital do Conde de Ferreira, 1889.
SEQUEIRA, Mont'Alverne de – Hypnotismo e Suggestão. A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº34 (1888), pp. 271-274; nº35 (1888), pp. 279-282.
SEQUEIRA, Mont'Alverne de – Hypnotismo e Suggestão. Lisboa: Adolpho, Modesto e Cª, 1888.
SEQUEIRA, Mont'Alverne de – Os alienados nos Açores. Ensaios de Estatística. Ponta Delgada: Typographia Elzeviriana, 1898.
SERIEUX, P.; CAPGRAS, J. – Les Folies Raisonnantes, le délire d'interpretation. Paris: Felix Alcan, 1909.
SERRANO, José António – "Discurso pronunciado na Sociedade das Sciencias Medicas em 7 de Março de 1899 na sessão consagrada à memória de José Thomaz de Sousa Martins". Jornal da Sociedade das Sciencias Medicas de Lisboa. 63 : 9-10 (1899), pp. 197-233.
SERRANO, José António – "Sousa Martins". A Medicina Contemporânea. 17:11 (1899), pp. 85-86.
SILVA CARVALHO – História da Medicina Portuguesa. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa, 1929.
SILVA, Adelino Pereira da – A inversão sexual. Porto: Typographia Gutenberg, 1895.
SILVA, Fernando Beires do Valle Nunes da – Breves considerações sobre a sífilis nervosa e seu tratamento pelo salicylarsinato de mercúrio. Aveiro: Tipografia Minerva Central, 1920.
SILVA, Joaquim Gomes de Oliveira e – Estatística dos Suicídios na Cidade de Lisboa. Lisboa: Typographia do Annuario Commercial, 1917.
SILVA, José Augusto Marques da – Toxicomania: Ópio-Morfina-Cocaína. Contribuição para o seu estudo clínico e social. Vila Nova de Famalicão: Tipografia Minerva de Cruz, Sousa e Barbosa, Lda, 1926.
SOARES, Francisco António – Algumas considerações sobre tabes. Dois casos de artropatias tabéticas. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1914.
SOUSA Martins (In Memoriam). Lisboa: Oficina Typ. da Casa da Moeda, 1904.
SOUSA, António Correia de – Materialismo e Medicina. Porto: Tipografia da Renascença Portuguesa, 1914.
SOUSA, Hygino de – O Suicídio. Lisboa: Typographia Nacional, 1890.
SOUTO, António de Azevedo Meyrelles do - Lourdes e a Medicina. Figueira da Foz: Tipografia Peninsular, 1924.
SPENCER, Herbert – Educação intellectual, moral e physica. (com prefacio de Ricardo Jorge). Porto: Livraria Moderna. s.d.
SPENCER, Herbert – Da Liberdade à Escravidão. Tradução prefaciada por Julio de Mattos. Lisboa: Livraria Classica Editora de A.M. Teixeira, 1904.
TAMBURINI, A. – “A theory of hallucinations”. (ed. Original 1881). In BERRIOS, G. E. History of Psychiatry, Vol. 1, nº 1 (1990), pp.145-156.
TANZI, E. – A Texbook of Mental Diseases. London: The London Press Company, 1909. (Edição original 1905).
TARGOWLA, R., DUBLINEAU, J. – L’Intuition Délirante. Paris: Maloine, 1931.
TAVARES, André de Brito – Da Demencia Precoce. Diagnostico Diferencial com a Neurasthenia. Lisboa: Impr. Libânio da Silva, 1914.
TELLES, Silva – Do Méthodo na Classificação das Psychopathias. Lisboa: Typographia de Eduardo Roza, 1885.
TRENDELENBURG, P. – Bases de Terapêutica Medicamentosa. Lisboa: J. Rodrigues e C.ª Editores, 1927.
TRINCÃO, Mário Simões – O aspecto medico-social da sífilis. Coimbra: Tipografia Bizarro, 1926.
TRINDADE, Joaquim Luis Pereira – Loucos da penitenciária (considerações clínicas). Evora: Minerva Commercial, 1914.
TUKE, D. H. – A Dictionary of Psychological Medicine. I, II. London: J. A. Churchill, 1892.
VALENTE, Carlos Fernando de Figueiredo – A Psychotherapia no tratamento da neurasthenia. Lisboa: Typ. Castro & Irmão, 1912.

VALENTE, Francisco Pulido – Introdução ao estudo da Hysteria. Lisboa: Parceria António Maria Pereira, 1909.
VALENTE, Francisco Pulido. – "Sur l'étiologie et la pathogénie de la paralysie générale". Arq. I. Bact. Cam. Pestana. Tomo V, Fasc. I, 1917.
VALENTE, Francisco Pulido – "Paralisia Geral". Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 1921. Lição para Professor Catedrático. In: In Memoriam Francisco Pulido Valente 1884-1963. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, 1989. pp. 102-119.
VALLE, José Machado do – O Suicídio. Porto: Typographia Occidental, 1881.
VARELA, José - Sobre manifestações intestinais da hysteria no homem. Lisboa: Typ. Minerva Central, 1903.
VARGAS, António Maurício de – Breve estudo sobre a paralysia geral progressiva. Lisboa: Francisco Silva, 1895.
VASCONCELLOS, J. Leite de – A evolução da linguagem. Ensaio anthropologico. Porto: Typographia Occidental, 1886.
VASCONCELLOS, M. – "Contribuição ao estudo do Luminal no tratamento da epilepsia". A Medicina Contemporanea. Lisboa. nº 22 (1915), pp. 170-171.
VIANA, João Martins – A sugestão no histeropithiatismo. Porto: Tipografia da Papelaria Ribeiro, 1920.
VIEGAS, José Ferreira – O Suicídio livre em face da religião, da moral e da sociedade. Porto: Typographia de A. F. Vasconcellos, 1901.
VIEIRA, Germano de Sousa – Soares dos Reis, ansioso constitucional. Coimbra: Tip. União, 1923.
VIEIRA, João Alberto Sousa – Neurasthenicos e Melancholicos (estados depressivos). Foz do Douro: Typographia Martins, 1908.
VIEIRA, Lopes – "Quando teremos hospital para alienados?!". Coimbra Médica. Coimbra. nº3 (1901), pp. 34-36.
VITERBO, F.M. de Sousa – Da irritabilidade, ligeiras considerações sobre esta propriedade da matéria viva. Lisboa: Typographia Lisbonense, 1876.

8.4. BIBLIOGRAFIA – FONTES SECUNDÁRIAS

ACKERKNECHT, E. H. – Medicine at the Paris Hospital, 1794-1848. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1967.
ACKERKNECHT, E. H. – Breve Historia de la Psiquiatria. Buenos Aires: Eudeba, 1962.
ACKERKNECHT, E. H. – Medicina y Antropologia Social. Madrid: Akal Editor, 1985.
ALBÉRÉS, R.M – L'Aventure Intellectuelle du XXe Siècle.Paris: Ed. Albin Michel, 1959.
ALEXANDER, F, G ; SELESNICK, S.T. – The History of Psychiatry: An Evaluation of Psychiatric Thought and Practice from Pre-historic Times to the Present. New York: Harper, 1966.
ALFANDARY, I. – Hommage à M. Egas Moniz. Imprensa Médica. 20:11 (1956), pp. 589-595.
ALMEIDA, A. Pinto - "Dr. António Maria de Sena". Jornal do Médico. Lisboa. Vol. 5:102 (1945), pp. 188-189.
ÁLVAREZ, J. M.; COLINA, F.; ESTEBAN, R. – La Histeria antes de Freud. (Gilles de la Tourette, Briquet, Charcot, Lasègue, Falret, Colin, Kraepelin, Bernheim, Grasset). Madrid: Edición La Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, 2010.
ALVAREZ-URIA, F. – Miserables y Locos: Medicina Mental y Orden Social en la España Del Siglo XIX. Front Cove. Tusquets Editores, 1983.
ÁLVARO, Carolina Mendes – “ Doutor Elísio de Moura: O Homem e o Médico”. In IV Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Grupo de História e Sociologia da Ciencia e da Tecnologia. CEIS20 e SHIS, 2014, pp.125-133.
ALVES, D. João – "O Doutor Elísio de Moura e a sua fé cristã". In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 1978. pp. 33-35.
ALVES, Manuel Valente – História da Medicina em Portugal. Origens, ligações e contextos. Porto: Porto Editora, 2014.
AMADO, Dias – "O prof. Egas Moniz e a investigação científica". Seara Nova. Lisboa. Vol. 28:1152-1153 (1950), pp. 33-36.
AMARAL, M. Almeida – "Miguel Bombarda e a assistência psiquiátrica". A Medicina Contemporânea. Lisboa. Vol.70:3 (1952), pp. 157-173.
AMARAL, M. Almeida – "Bettencourt Rodrigues. Um pioneiro de assistência psiquiátrica portuguesa". Anais Portugueses de Psiquiatria. 6:6 (1954), pp. 147-155.
AMARAL, M. Almeida – "Alguns progressos recentes da neurologia e psiquiatria". A Medicina Contemporânea. Lisboa. Vol.76:1 (1958), pp. 71-77.
ANTUNES, J. Lobo – Egas Moniz uma biografia. Lisboa: Gradiva, 2010.
ARAÚJO, M.L. – “A investigação científica em Júlio de Matos”. Revista da Faculdade de Letras. Porto: Universidade do Porto. Série de Filosofia, nº4 - 2ªserie (1987), pp. 1-15.
ARAÚJO, M.L. – Júlio de Matos e a Psicologia no Século XIX. Cultura – História e Filosofia. Centro de História da Cultura da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. (1987), pp. 13-22.
ARAÚJO, Paulo – Miguel Bombarda. Médico e Político. Casal de Cambra: Caleidoscópio, 2007.
ARTS, Nicolas – Epilepsy through the ages. The Netherlands Van Zuiden Communications. 2001. pp. 199-205.
AZEVEDO, António de – "O professor Miguel Bombarda. A sua carreira e a sua obra de alienista. A clinica psiquiátrica de Lisboa (Manicómio Bombarda)". A Medicina Contemporânea. Lisboa. 46:11 (1928), pp. 85-86.
AZEVEDO, Joaquim Antunes de – "Professor Elysio de Moura". In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 1978. pp. 37- 40.
BARATA MOURA – “Miguel Bombarda e o materialismo”. In Estudos de Filosofia Portuguesa. Lisboa: Editorial Caminho, 1998. pp 149-193.
BARBOSA, António – "José Sobral Cid - contaminação humanista em medicina e trajectos contemporâneos da psiquiatria. Circulação. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa / Museu de Medicina. (2004). pp. 220-233.
BARRUCAND, D. – Histoire de L’Hypnose en France. Paris: PUF, 1967.
BARUK, Henri – La Psychiatrie Française de Pinel a nos jours. Paris: Presses Universitaires de France, 1967.
BARUK, Henri – "A história da histeria". Médico Policlínico. Vol. 5: 93 (1983), pp. 44-47.
BARUK, Henri – "História breve do hipnotismo". Médico Policlínico. Vol.12:243 (1989), pp. 37-40.
BERCHERIE, Paul - Les Fondements de la clinique- histoire et structure du savoir psychiatrique. Paris: La Bibliothèque d'Ornicar, 1980.
BERCHERIE, Paul – Genèse des concepts freudiens. Paris: Navarin éditeur, 1983.
BERRIOS, G. E. – "Delirium and confusion in the 19th century: a conceptual history". The British Journal of Psychiatry. 139 (1981), pp. 439-449.
BERRIOS, G. E. – "Descriptive psychopathology: conceptual and historical aspects". Psychological Medicine. Cambridge: Cambridge University Press. Volume 14, Issue 02 (1984), pp. 303-313.
BERRIOS, G. E. – “Epilepsy and insanity during the early 19th Century, A Conceptual History”. Arch. Neurol. Vol. 41(1984), pp. 978-981.

BERRIOS, G. E – "Historical Aspects of Psychoses: 19th Century Issues". British Medical Bulletin, Vol 43, nº3. (1987), pp. 484-498.
BERRIOS, G.E. – "Historical background to abnormal psychology". In MILLER, E., COOPER, P. J. – Adult Abnormal Psychology. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1988. pp. 26-51.
BERRIOS, G. E. – "Obsessive-compulsive disorder: Its conceptual history in France during the 19th century". Comprehensive Psychiatry. Vol. 30, Issue 4 (1989), pp. 283–295.
BERRIOS, G. E. – "A theory of hallucinations". History of Psychiatry. London: Sage. Vol 1, Part 1, nº1 (1990), pp. 145-150.
BERRIOS, G. E. – "Alzheimer's disease: A conceptual history". International Journal of Geriatric Psychiatry. Vol. 5, Issue 6 (1990), pp. 355–365.
BERRIOS, G. E. – "Dementia" In: BERRIOS, G., PORTER, R. – A History of Clinical Psychiatry. London: Athlone, 1995. pp. 34-51.
BERRIOS, G.E. – "La Historiografia de la Psiquiatria Clinica: Estado Presente". In I Congreso de la Sociedad de Historia y Filosofia de la Psiquiatria. Madrid: Extra Editorial, 1995. pp. 11-17.
BERRIOS, G. E. – The History of Mental Symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
BERRIOS, G.E. – "Concepto de psicopatologia descriptiva". In: LUQUE, R.; VILLAGRÁN, J. – Psicopatologia Descriptiva: Nuevas Tendencias. Madrid: Trotta, 2000. pp. 109-145.
BERRIOS, G. E. – "The history of psychiatric therapies". In: Cambridge Textbook of Effective Treatments in Psychiatry. Editors: Peter Tyrer, Kenneth R. Silk. Cambridge University Press, 2008. pp. 16-44.
BERRIOS, G. E. – Hacia una nueva epistemologia de la Psiquiatria. Buenos Aires: Polemos, 2011.
BERRIOS, G. E. – "Formation and meaning of mental symptoms: history and epistemology". Dial Phil Ment Neuro Sci. 6 : 2 (2013), pp. 39-48. www.crossingdialogues.com/journal.htm
BERRIOS, G. E. – Hommage à Jules Baillarger (1809-1891). In MASSON, M. – 24 Textes Fondateurs de la Psychiatrie. Paris: Armand Colin, 2013. pp. 21-34.
BERRIOS, G., E.; FUENTENEBRO, F. – "Philippe Chaslin and descriptive psychopathology". History of Psychiatry. Vol. VI, (1995), pp. 395-405.
BERRIOS, G. E.; FUENTENEBRO, F. – Delirio. Historia. Clinica. Metateoria. Madrid: Trotta, 1996.
BERRIOS,G. E.; FREEMAN, H.L. – Alzheimer and the Dementias. Dorchester: Royal Society of Medicine, 1991.
BERRIOS, G., E.; MOHANNA, M. – "Durkheim and French Psychiatric Views on Suicide During the 19th Century". British Journal of Psychiatry. 156 (1990), pp. 1-9.
BERRIOS, G. E.; PORTER, R. – A history of clinical psychiatry: the origin and history of psychiatric disorders. New York: New York University Press, 1995.
BERRIOS, G. E.; LUQUE, R.; VILLAGRAN, J. – "Schizophrenia: A Conceptual History", International Journal of Psychology and Psychological Therapy. Vol. 3, nº 2 (2003).
BRASLOW, J. – "Punishment or Therapy. Patients, Doctors, and Somatic Remedies in the Early Twentieth Century". Psychiatric Clinics of North America. Philadelphia: W.B. Saunders Company. Vol. 17, nº 3 (1994), pp. 493-513.
BRASLOW, J. – Mental Ills and Bodily Cures. Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century. Berkeley: University of California Press, 1997.
CADE, J. F. J. – Mending the Mind. A short history of twentieth century psychiatry. Melbourne: Sun Books, 1979.
CAMPOS, Vasco de – "Elísio de Moura e o curso Médico de 1932". In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 1978. pp. 41-42.
CANGUILHEM, G. – Le Normal et le Pathologique. Paris: P.U.F., 1979. (4ª édition).
CARDOSO, C. M. – "António Maria de Sena: o homem e o seu tempo". In Luzes e Sombras do Alienismo em Portugal. Porto: Ed. Santa Casa da Misericórdia do Porto, 2012. pp. 21-48.
CARVALHO, Armando A. M. Simões de – "Na primeira aula do último curso do professor Elísio de Moura". In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 1978. pp. 43-44.
CARVALHO, Silva – História da medicina portuguesa. Exposição portuguesa em Sevilha. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa, 1929.
CASCAIS, António Fernando – "A inversão do princípio de legitimidade da intervenção bio-médica no corpo humano: de Egas Moniz à engenharia genética". CTS. Revista de Ciência, Tecnologia e Sociedade. 10 (1989), pp. 30-33.
CASTEL, Pierre-Henri – La Querelle de L'Hystérie. Paris: PUF, 1998.
CASTEL, R. – L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme. Paris: Minuit, 1977.

CASTILLA DEL PINO, C. – Introducción a la psiquiatria. Vol. 1: Problemas Génerales, Psico(pato)logia. Madrid: Alianza Editorial, 1978.
CASTRO, J. Castelo Branco – "Medicina e música V. Alberto Brochado. Jornal do Médico. Vol.16 : 402 (1950), pp. 519-520.
CASTRO, J. G. Melo e – "No centenário de Júlio de Matos". Anais Portugueses de Psiquiatria. Vol.8: 8 (1956), pp. 3-8.
CATROGA, F. – "Os Inícios do Positivismo em Portugal: O seu significado político-social". Revista de História das Ideias. Coimbra. 1 (1977), pp. 287-395. Sep.
CAVALCANTI, Maria Tavares – "Entre dois mundos: a loucura, o social e a psiquiatria — a pensar em Tosquelles". Anais Portugueses de Saúde Mental. Vol. 8 (1996), pp. 265-274.
CERTHOUX, J. – "De la neurasthenie aux nevroses. Le traitement des nevroses dans le passé". Ann. Méd. Psych. 119 Année, T. I (1961), pp. 913-932.
CLARKE, B. – Mental Disorders in Earlier Britain: Exploratory Studies. Cardiff: University of Wales Press, 1975.
CLAUDE, H.; RUBENOVITCH, P. – Thérapeutiques Biologiques des Affections Mentales. Paris: Masson, 1940.
COELHO, Bernardo Teixeira – "Sobral Cid e o pensamento antropológico". O Médico. Nova série. 112 : 1727 (1985), pp. 211-218.
COELHO, Eduardo – "Prof. Sobral Cid". A Saúde. Vol.11: 251-252 (1941), pp. 4-7.
COELHO, Eduardo – "A vida científica de Egas Moniz". Jornal do Médico. Porto. 15:373 (1950), pp. 432-436.
COELHO, Eduardo – "O sentido da cultura e da investigação científica em Egas Moniz". O Médico. Nova série. 6: 312 (1957), pp. 242-250.
COELHO, Eduardo – "A missão universitária de Egas Moniz". Jornal do Médico. Porto.Vol.53:1098 (1964), pp. 314-317.
COELHO, Eduardo – "J. Sobral Cid – introdutor da nova Psiquiatria em Portugal". In Da Filosofia da Medicina e outros ensaios. Lisboa: Livraria Luso-Espanhola, 1960. pp. 319-331.
COELHO, Rui – "O ensino da psiquiatria na Escola Médica do Porto". Arquivos de Medicina. Vol.15 (2001), pp. 63-64.
COLLÉE, M.; QUÉTEL, C. – Histoire des maladies mentales. Paris: Presses Universitaires de France, 1987.
COMELLES, J. M.; MARTINEZ HERNÁEZ, A. – The dilemmas of chronicity: the transition of care policies from the authoritarian state to the welfare state in Spain. Int J Soc Psychiatry. 40: 4 (1994), pp. 283-95.
Comemoração do centenário de Júlio de Matos. Jornal do Médico. 32:734 (1957), p. 423.
Comemorou-se no Porto o centenário do nascimento do Prof. Magalhães Lemos. Jornal do Médico. 29:676 (1956), p. 55.
CONRY, Yvette (Ed.) – De Darwin au Darwinisme: Science et Idéologie. Paris: Vrin, 1983.
CONSTANT, Françoise – "Introdution à la vie et à l'ouvre de Benedict-Augustin Morel (1809-1873)". Confrontations Psychiatriques. Asnières. nº 11 (1973), pp. 31-50. Suppl.
CORREIA, A. A. Mendes – "Júlio de Matos e a psiquiatria em Portugal". Cadernos Científicos. 2:2 (1949), pp. 61-77.
CORREIA, João de Araújo - "Uma eternidade". In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 1978. pp. 45-49.
CORREIA, M – "Egas Moniz. Imagens e representações" in Estudos do Século XX. Coimbra: Ariadne. nº 5 (2005), pp. 65-82;
CORREIA, M. – Egas Moniz e o Prémio Nobel. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2006.
CORREIA, M. – "Espelho meu. Ilusão biográfica e ideal historiográfico: a construção de Egas Moniz" in Estudos do Século XX. nº 8 (2008), pp. 187-201.
CORREIA, M. – Egas Moniz no seu labirinto. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2013.
COSTA, Alberto – "Elysio de Moura. O Mestre, o Amigo e o Filantropo". In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 1978. pp. 51-53.
COSTA, A. Celestino da – " Miguel Bombarda". In Médicos Portugueses. Colectânea de Ramiro Barros e Silva. Revista Bio-bibliográfica. Lisboa. Vol I (1925), pp. 122-142.
COSTA, A. Celestino da – "O Professor Sobral Cid". A Saúde. 11:251-252 (1941), p. 3.
COURRÈGE, Orlando – "A psiquiatria através dos séculos. O professor Egas Moniz e o Brasil". Revista Portugal-Brasil. Lisboa (1952/53). Sep.
CREMADES, G. – La dimension politica del positivismo en Espana y Portugal, in Actas II Congreso de la Sociedad Espanola de Historia de las Ciencias. Zaragoza: Ed. Mariano Hormigón, 1984.
CURADO, Manuel – "A Descoberta do Inconsciente no Século XIX Português". Revista Diacrítica. Braga. Vol. 26, nº 2 (2012), pp. 157-182.

DANTAS, Júlio – "Primeira conferência do ciclo comemorativo do centenario do Hospital Miguel Bombarda". A Medicina Contemporânea. Lisboa. 61:11 (1948), pp. 427-432.
DANTAS, Júlio – "Egas Moniz, o sábio e o homem". O Médico. Nova série. Lisboa. Vol.4: 252 (1956), p.714.
DEROUET, Luís – "O Dr. Miguel Bombarda a vinte e quatro horas da morte". Médicos Portugueses. 1:4 (1927), pp. 146-149.
DEWURST, K. – Hughlings Jackson on Psychiatry. Oxford: Sandford Publications, 1982.
DIAS, Benedito – "Medicina portuguesa através dos séculos - personalidade científica do Prof. Egas Moniz". Lisboa. Publicações do Museu Nacional da Ciência e da Técnica. 9 (1979), pp. 59-130.
DIGBY, D. – Madness, Morality and Medicine: A Study of the York Retreat, 1796-1914. (Cambridge Studies in the History of Medicine). Cambridge University Press, 1985.
DORNER, K. – Ciudadanos y Locos. Historia Social de la Psiquiatria. Madrid: Taurus Ediciones, 1974. (original 1969).
DOWBIGGIN, I – Degeneration and hereditarianism in French mental medicine 1840-1890: psychiatric theory as ideological adaptation. In The Anatomy of Madness, Vol. One: People and Ideas. London and New York: Tavistock Publications, 1985. pp. 188-232.
DOWBIGGIN, I. – La Folie Héréditaire ou comment la psychiatrie française s'est constituée en un corps de savoir et de pouvoir dans la seconde moitié du XIXe siècle. Paris: E.P.E.L., 1993.
DUARTE, Urbano – "Prof. Doutor Elísio de Moura. Uma figura estranha". In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 1978. pp. 117-119.
DURANT, Will – História da Filosofia. (prefácio, revisão, notas, glossário e textos escolhidos por Joel Serrão). Lisboa: Livros do Brasil. s.d.
ENOCH, D., BALL, H. – Síndromes raros en psicopatologia. Madrid: Triacastela, 2007. pp. 99-122.
ELLENBERGER, H. – The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychopathology. London: Allen Lane, 1970.
EY, Henri – "Étude nº 18 Jalousie Morbide". in Études Psychiatriques. Aspects semeiologiques. Paris: Desclée de Brouwer & Cie, 1950. pp. 483-514.
EY, Henri – Études Psychiatriques. Aspects séméiologiques. Paris: Desclée De Brouwer & Cie, 1950.
EY, Henri – Des idées de Jackson à un modele organo-dynamique en psychiatrie. Toulouse: Privat, 1975.
FALCÃO, Ilídio de Jesus Coelho – "Do monismo mecanicista de Miguel Bombarda ao pluralismo fenomenológico de Barahona Fernandes (subsídios para o estudo da psicologia em Portugal)". O Médico. Lisboa. Nova série. 37:738 (1965) pp. 162-179; pp. 246-262.
FARIA, Abade de – Jornal do Médico. Vol. 8:183 (1946), pp. 222-224.
FERNANDES, H. Barahona – "Professor Sobral Cid". Lisboa Médica. 18 (1941), pp. 269-278.
FERNANDES, H. Barahona – "Professor Sobral Cid. [In Memoriam]". A Saúde. 11:251-252 (1941), pp. 2-3; pp. 7-8.
FERNANDES, H. Barahona – "Alberto Brochado". Imprensa Médica. Ano X, nº6 (1944), pp. 103-104.
FERNANDES, H. Barahona – "O Professor Sena e o problema da Assistência Psiquiátrica". Revista Amatus Lusitanus Vol IV, nº3. (1945), pp. 204-217; 285-302. (Separata).
FERNANDES, H. Barahona – "A Psiquiatria portuguesa na doutrina e na prática". Jornal do Médico. 15:382 (1950), pp. 733-745.
FERNANDES, H. Barahona – "Miguel Bombarda". O Médico. Nova série. 3:41 (1952), pp. 169-172.
FERNANDES, H. Barahona – "Miguel Bombarda: personalidade e posição doutrinal". A Medicina Contemporânea. Lisboa. Vol. 70:3 (1952), pp. 139-155.
FERNANDES, H. Barahona – "No centenário de Miguel Bombarda: exumação do caso da pintora Josefa Greno". O Médico. Nova série. 3:34 (1952), pp. 13-15.
FERNANDES, H. Barahona – "Bettencourt Rodrigues. O psiquiatra e a sua obra". Anais Portugueses de Psiquiatria. 6:6 (1954), pp. 163-185.
FERNANDES, H. Barahona – "Bettencourt Rodrigues. O psiquiatra e a sua obra". Jornal do Médico. Porto. 28:665 (1955), pp. 391-398.
FERNANDES, H. Barahona – "Centenário de Kraepelin". Anais Portugueses de Psiquiatria. 7:7 (1955), pp. 128-141.
FERNANDES, H. Barahona – "Prof. Magalhães Lemos". Anais Portugueses de Psiquiatria. 7:7 (1955), pp. 17-39.
FERNANDES, H. Barahona – "Kraepelin e Freud". Jornal do Médico. 31:725 (1956), pp. 723-730.
FERNANDES, H. Barahona – "Novas perspectivas da Medicina". In Associação Portuguesa para o Progresso da Ciências. XXIII Congresso Luso-Espanhol. Coimbra: Coimbra Editora, 1956. Tomo I, pp. 187- 208.
FERNANDES, H. Barahona – "O centenário do Professor Júlio de Matos". Imprensa Médica. 20:2 (1956), pp. 109-112.

FERNANDES, H. Barahona – "O professor Júlio de Matos e a psiquiatria portuguesa". Anais Portugueses de Psiquiatria. 8:8 (1956), pp. 9-37.

FERNANDES, H. Barahona – "Prof. Magalhães Lemos". O Médico. Nova série. 4 (1956), pp. 129-137.

FERNANDES, H. Barahona – "Relações da neurologia com a psiquiatria na obra de Magalhães Lemos". Portugal Médico. 40:1 (1956), pp. 1-12.

FERNANDES, H. Barahona – "A propósito do centenário de Kraeplin". O Médico. Lisboa. Nova série. 4:260 (1956),pp. 893-899.

FERNANDES, H. Barahona – A Ideia do Homem na Medicina Actual. Lisboa: Livraria Portugal, 1957.

FERNANDES, H. Barahona – "Júlio de Matos - alienista filósofo". O Médico. Nova série. 331. Lisboa. (1959), pp 3-25.

FERNANDES, H. Barahona – "A clínica psiquiátrica universitária de Lisboa". O Médico. Lisboa. Nova série. Vol.14:436 (1960), pp. 28-43; Vol.14:437 (1960), pp. 144-157.

FERNANDES, H. Barahona – Filosofia e Psiquiatria. Experiencia portuguesa e suas raízes. Coimbra: Atlântida, 1966.

FERNANDES, H. Barahona – "Elysio de Moura. A aura de numinoso de um grande médico". In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 1978. pp. 61-64.

FERNANDES, H. Barahona – "Visão antropológica da saúde. Uma perspectiva humana e sócio-cultural". In Livro de Homenagem ao Professor Arnaldo Sampaio. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública/Instituto Nacional de Saúde/Direcção-Geral de Saúde, 1980. pp. 39-58

FERNANDES, H. Barahona. – Reflexões sobre a experiencia Clínica Terapeutica. Psiquiatria Clínica. Vol. 1, nº 2 (1980), pp. 77-91.

FERNANDES, H. Barahona – "Sobral Cid the master of clinical pathology in the twenties and the forties in Portugal". Acta Psiquiátrica Portuguesa. 27:1 (1981), pp. 43-48.

FERNANDES, H. Barahona – ""Sobral Cid, Mestre da Psicopatologia". O Médico. Porto. Vol.100, nº 1557, (1981). Sep.

FERNANDES, H. Barahona – "A arte de curar os nervos nos anos 40". O Médico. Lisboa. Nova série. 106:1631 (1983), pp. 183-188.

FERNANDES, H. Barahona – "Prefácio". In CID, J.M. Sobral — Obras. Vol. 1. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1983. pp. VII-LXVIII.

FERNANDES, H. Barahona – Egas Moniz pioneiro de descobrimentos médicos. Lisboa: Instituto de Cultura e Língua Portuguesa, 1983.

FERNANDES, H. Barahona. – "A Psiquiatria em Portugal". In Um Século de Psiquiatria Lisboa: Roche Farmacêutica, 1984.

FERNANDES, H. Barahona – "Pulido Valente: da psiquiatria biológica para a orientação clínica". O Médico. Nova série. 113:1752 (1985), pp. 125-126.

FERNANDES, H. Barahona – "História da Psicopatologia Portuguesa". In Curso de Psicopatologia. Porto: Hospital do Conde de Ferreira, 1985.

FERNANDES, H. Barahona – "O nascimento da psiquiatria em Portugal". In História e Desenvolvimento da Ciência em Portugal. I Colóquio - até ao século XX. Lisboa: Publicações do II Centenário da Academia das Ciências de Lisboa. Vol. 1, 1986. pp. 577-594.

FERNANDES, H. Barahona – "F. Pulido Valente: da psiquiatria biológica ao naturalismo da clínica médica. In Memoriam. Francisco Pulido Valente, 1884-1963". Lisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 1989. pp. 169-173.

FERNANDES, H. Barahona – "História e desenvolvimento no século XX da psiquiatria e psicologia médica em Portugal". In História e Desenvolvimento da Ciência em Portugal no século XX. Vol. 1. Lisboa: Publicações do II Centenário da Academia das Ciências de Lisboa, 1992. pp. 333-423.

FERRÃO, A. – Teófilo Braga e o Positivismo em Portugal. Separata do boletim de segunda classe, volume XIX, da Academia das Ciências de Lisboa. Lisboa, 1935.

FERREIRA, João Monteiro – "Para a compreensão de Karl Jaspers. No centenário do seu nascimento". Psiquiatria Clínica. 4:2 (1983), pp. 101-110; 4:3 (1983), pp.161-170; 4:4 (1983), pp. 209-218.

FERRO, Fillipo, M. – Passioni della Mente e della Storia : protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900. Milano: Vita e Pensiero, 1989.

FILIPE, Nuno – "Um centenário. Um fundador de coração e braços. Um Instituto religioso no campo da psiquiatria". Hospitalidade. 46:179 (1982), pp. 37- 42.

FLEMING, Manuela – "Ideologias e práticas psiquiátricas. Porto: Afrontamento, 1976.

FONTES, Victor Hugo – "Notas bio-bibliograficas sobre o Dr. A. Aurélio da Costa Ferreira". Arquivo de Anatomia e Antropologia. 8 (1923), pp. 563-595.

FONTES, Victor Hugo. – "Dois autógrafos de A. Aurélio da Costa Ferreira". Arquivo de Anatomia e Antropologia. 8 (1923), pp. 539-550.
FORTES, Agostinho – "O professor Miguel Bombarda e a política". Médicos Portugueses. 1:4 (1927), pp. 143-145.
FOUCAULT, Michel – Histoire de la Folie á l'Âge Classique. Paris: Gallimard, 1972. (1ª ed. 1961).
FOUCAULT, Michel – Les Anormaux. Cours au Collège de France. 1974-1975. Paris: Gallimard. Le Seuil, 1999.
FRANCO, Evaristo – "Miguel Bombarda". In Glórias da medicina portuguesa. Lisboa: Tip. da União Gráfica, 1949. pp. 355-379.
FREITAS, Divaldo – "Um escritor médico português em São Paulo: Dr. Bettencourt Rodrigues". In III Congresso Brasileiro de Escritores Médicos: Anais. São Paulo: Sociedade Brasileira de Escritores Médicos, 1970. pp. 105-114.
FUENTENEBRO, F.; HUERTAS, R.;VALIENTE, C. – Historia de la Psiquiatria en Europa. Temas y Tendencias V Congreso da European Association for the History of Psychiatry. Madrid: Frenia, 2003.
FURTADO, Diogo – "Professor Sobral Cid". Revista do Auto club Médico Português. nº 19 (1942).separata.
FURTADO, Diogo – " Miguel Bombarda". O Jornal do Médico. XIX, nº 470 (1952), pp. 201-207.
GAMEIRO, Pe. J. – Os Irmãos Hospitaleiros de S. João de Deus em Portugal. (1606-1834); (1893-1943). Lisboa, 1943. pp. 140-146.
GAMEIRO, A., BORGES, A. M.; CARDOSO, A. M.; OLIVEIRA, F. – Um Republicano no Convento. Coimbra. Cadernos do CEIS20 ed.. nº 13 (2009), pp 1- 37.
GARRABÉ, J. – "Epistémologie et Histoire de La Psychiatrie". Confrontations psychiatriques. Paris: Specia. nº 37 (1996), pp. 285-334.
GAUCHET, M. – L' Inconscient cerebral. Paris: Seuil, 1992.
GAUCHET, M., SWAIN, G. – La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique. Paris: Gallimard, 1980.
GAUCHET, M., SWAIN, G. – "Du traitement moral. Remarques sur la formation de l'idée contemporaine de psychothérapie". Confrontations psychiatriques. Paris. nº 26 (1986), pp. 19-40.
GOFFMAN, E. – Asylums. Essay on the social situation of mental patients and other inmates. New York: Doubleday, 1961.
GOLDSTEIN, J. – Methodological approach to the study of schizophrenic thought disorder. In Language and Thought in Schizophrenia. New York: Norton, 1944. pp. 17- 40.
GOLDSTEIN, Jan – Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
GONZAGA, Manuela – Maria Adelaide Coelho da Cunha: Doida Não e Não! Lisboa: Bertrand, 2009.
GONZAGA, Manuela – "Cronica de um erro médico. A história de Maria Adelaide Coelho da Cunha". In Luzes e Sombras do Alienismo em Portugal. Porto: Stª Casa da Misericórdia do Porto, 2012. pp. 185-198.
GOSHEN, Charles – Documentary History of Psychiatry. New York: Philosophical Library, 1967.
GROB, Gerald – The mad among us. A history of the care of America's mentally ill. New York: The Free Press, 1994.
GUARNIERI, Patrizia – La storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia. Chicago: L.S. Olschki, 1991.
GUERRA, Miller – "Patografia de Antero de Quental". Anais Portugueses de Psiquiatria. Lisboa: 13:13 (1961), pp.71-74.
GUILLAIN, G. – J.-M. Charcot. 1825-1893. Sa Vie – Son Oeuvre. Paris: Masson, 1955.
GUIMARÃES, B.D. – "Nótulas Bio-Bibliográficas acerca do Dr. Alberto Brochado". Douro Litoral. Porto. nº5, 3ª Série (1949). Separata.
GUSDORF, G. – "L' avènement de la Psychiatrie parmi les sciences humaines". L' Information Psychiatrique, nº4 (1962), pp. 331-353.
HACKING, I. – Entre science et réalité. La construction sociale de quoi? Paris: Ed. La Découverte, 2008.
HARE, E. – On the History of Lunacy: the 19th century and after. London: Gabbay, 1998.
HAUSTGEN,Thierry – Une Histoire des Psychoses. Paris: Editions Norbert Attali, 1997.
HÉCAEN, H.; ANGELERGUES, R. – Pathologie du langage. Paris: Larousse, 1965.
HECAEN, H.; LANTERI-LAURA, G. – Evolution des connaissances et des doctrines sur les localisations cérébrales. Paris: Desclée De Brouwer, 1977.
HENRIQUES, M. L. – As Concepções Materialista, Positivista e Evolucionista e a Psiquiatria Portuguesa. Coimbra: Unitas, 1966.
Homenagem ao Prof. Magalhães Lemos. Prestada na Faculdade de Medicina do Porto em 24 de Junho de 1925. Porto: Emp. Indust. Gráfica do Porto, 1927.
HORMIGON, Mariano (Ed.) – Actas II Congreso de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias. Zaragoza: Sociedad Española de Historia de las Ciencias, 1984.

HUERTAS, R. – “Historia de la Psiquiatria, por qué? Para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendências”. Frenia. 1 :1 (2001), pp. 9-36.
HUERTAS, R – Historia Cultural de la Psiquiatria. Madrid: Catarata, 2012.
HUERTAS, R. – Another History for Another Psychiatry. The Patient`s View. Culture & History Digital Journal. June 2013, pp. 1-11.
HUGUET, M. – "Constructions d'une catégorie nosographique: La neurasthénie". Perspectives Psychiatriques. IV, nº 73 (1979), pp. 301-309.
HUNTER, R., MACALPINE, I. – Three Hundred Years of Psychiatry. 1535-1860. London: Oxford University Press, 1963.
ILHARCO, Fernando – "Prof. José de Matos Sobral Cid: o homem e a personalidade". O Médico. Nova série. 100:1557 (1981), pp. 28-38.
JACYNA, L. S.; CLARKE, E. – Nineteenth-Century. Origins of Neuroscientific Concepts. Berkeley:University of California Press, 1987.
JANZARIK, W. – Temas y tendencias de la psiquiatria alemana. Madrid: Triacastela, 2001.
JARA, J. M. – “Júlio de Matos, o método e a Psiquiatria Clínica”. In Luzes e Sombras do Alienismo em Portugal. Porto: Sta Casa da Misericórdia do Porto, 2012. pp. 127-137.
JONES, K. – A History of The Mental Health Services. London: Routledge and Kegan Paul, 1972.
JONES, W. L. – Ministering to Minds Diseased. A History of Psychiatric Treatment. London: William Heinemann Medical Books, 1983.
KAECH, René – "O histerismo: o histerismo desde Lepois até Charcot". Actas Ciba. Lisboa. 8 (1948), pp. 309-325.
KLEINMAN, A. – Writing at the margin. Discourse between Anthropology and Medicine. Berkeley: University of California Press, 1997.
KOTOWICZ, Z. – Psychosurgery. The Birth of a New Scientific Paradigm. Lisboa: Centre for Philosophy of Science. University of Lisbon, 2012.
KRAAM, A.; PHILLIPS, P. – “Hebephrenia: a conceptual history”. History of Psychiatry, London: Sage. Vol. 23, nº 92 (2012), pp. 387-403.
LAIN ENTRALGO, P. – Clásicos de La Medicina. Bichat. Madrid: Ed. Centauro, 1946.
LAIN ENTRALGO, P. – La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico. Madrid: Triacastela, 1998. (1ªed. 1950).
LAIN ENTRALGO – El diagnóstico médico. Historia y teoria. Barcelona: Salvat, 1982.
LAIN ENTRALGO, P – Ciencia, técnica y medicina. Madrid: Alianza Editorial, 1986.
LAIN-ENTRALGO, P. – Alma, Cuerpo, Persona. Barcelona: Círculo de Leitores, 1995.
LANTERI-LAURA, G. – Lecture des Perversions. Histoire de leur appropriation médicale. Paris: Masson, 1979.
LANTERI-LAURA, G. – “La chronicité dans la psychiatrie française moderne”.In La chronicité en psychiatrie. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1997. pp. 21-68.
LANTERI-LAURA, G. – Clefs pour le cerveau. Paris: Seghers, 1987.
LANTERI-LAURA, G. – Psychiatrie et connaissance. Paris: Sciences en situation, 1991.
LANTERI-LAURA, G. –"La psychasthénie: Histoire et évolution d'un concept de P. Janet". L'Encéphale. Paris: Vol. 20, (1994). pp. 551-557.
LANTÉRI-LAURA, G. – Essai sur les Paradigmes de la Psychiatrie Moderne. Paris: Editions du Temps, 1998.
LAZARO, J. – “De la evidencia ilusória a la incertidumbre razonable: introducción histórica”. Archivos de Psiquiatria. Madrid: Triacastela, supl.3, (2000), pp. 5-26.
LÁZARO, J.; BUJOSA, F. – Historiografia de la psiquiatria española. Madrid: Editorial Tricastela, 2000.
LE JEUNE, K. – “L’épilepsie larvée dans le dernier tiers du XIX siècle: un enjeu de légitimité pour les aliénistes?” Bull. Hist. Épistém. Sci. Vie. Vol. 20, nº 1 (2013), pp. 25-45.
LEMPÉRIÈRE, T. – “Histoire de la neuropsychiatrie”. Annales Médico Psychologiques. Paris. 162 (2004), pp. 39-49.
LEVY-VALENSI – Précis de Psichiatrie. Paris: J.B. Bailliere, 1939.
LIMA, Sílvio – “A Psicologia em Portugal”. Biblos. Coimbra: (separata).Vol.XXV, 1950.
LOPES, M. Ramos – "Elísio de Moura. Mestre de muitas gerações". In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 1978. pp. 65-70.
LÓPEZ-MUÑOZ, F.; ÁLAMO, C. – Historia de la Neuropsicofarmacologia. Madrid: Eurobook. 1998.
LOPEZ PIÑERO, J. M. – John Hughlings Jackson (1835-1911). Evolucionismo y Neurologia. Madrid: Moneda y Credito, 1973.
LÓPEZ PIÑERO, J. M. – Orígenes históricos del concepto de neurosis. Madrid: Alianza, 1985.
LÓPEZ PIÑERO, J. M. – Ciencia y enfermedad en el siglo XIX. Barcelona: Peninsula, 1985.
LÓPEZ PIÑERO, J. M. – Historia de la Medicina. Madrid: Historia 16, 1990.

LÓPEZ PIÑERO, J. M. – La Medicina en la Historia. Madrid: La Esfera de los Libros, 2002.
LOPEZ-PIÑERO, J. M. – Del hipnotismo a Freud. Origenes históricos de la psicoterapia. Madrid: Alianza Editorial, 2002.
LOPEZ-PIÑERO, J. M.; MESEGUER, J. M. Morales – Neurosis y Psicoterapia. Un Estudio Histórico. Madrid: Espasa-Calpe, S.A., 1970.
LUQUE, R., VILLAGRÁN, J. – Psicopatologia Descriptiva: Nuevas Tendencias. Madrid: Trotta, 2000.
LUZ, José Luís Brandão da – "Eugénio Pacheco e a sua polémica com Miguel Bombarda". In Actas do Colóquio Comemorativo dos 450 anos da cidade de Ponta Delgada. Ponta Delgada: Universidade dos Açores / Câmara Municipal de Ponta Delgada, 1999. pp. 249-270.
LUZES, Pedro – "Cem anos de psicanálise". Revista Portuguesa de Psicanálise. Lisboa. nº15 (1996), pp. 75-81.
MACHADO, L. S. – "Reflexos das correntes filosóficas e pedagógicas contemporâneas em Portugal". O Instituto. Coimbra. vol. 112 (1949), pp.1-164.
MARITAIN, Raïssa – AS Grandes amizades (Memórias). Rio de Janeiro: Liv. Agir Editora, 1964.
MARTÍNEZ-PÉREZ, J. - "Nuevas respuestas a una conduta desviada: sobre los fármacos en el tratamiento de la locura durante el siglo XIX" in LÓPEZ-MUÑOZ, F.; ÁLAMO, C. – Historia de la Neuropsicofarmacologia. Madrid: Eurobook, 1998. pp.51-78.
MARX, O.M. – "What is the History of Psychiatry? II". History of Psychiatry. London: Sage. Vol. 3, parte 3, nº11 (1992), pp. 293-301.
MATTOSO, J. – A História de Portugal. Lisboa: Círculo de Leitores, (IV Volume),1992.
MEDINA, João – "A adesivagem ou a República frustrada ao nascer". In História de Portugal, Vol. XIII. Amadora: Ediclube, 2004, pp. 96.
MELO, Margarida Severim de; FERREIRA, Guilherme – "A psiquiatria comunitária na evolução histórica da psiquiatria". Saúde Mental. 4:12 (1972), pp. 63-74.
MERSKEY, Harold – "Shell-shock". In 150 years of British Psychiatry 1841-1991. London: Gaskell, 1991. pp. 245-267.
MICALE, Mark – "Hysteria and its historiography: the future perspective". History of Psychiatry, vol.1, nº1 (1990), pp. 33-124.
MICALE, M., LERNER, P. – Traumatic Pasts. History, Psychiatry and Trauma in the Modern Age, 1870-1930. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.
MICALE, M; e PORTER, R. – Discovering the History of Psychiatry. New York: Oxford University Press, Oxford, 1994.
MIDELFORT, H. C. Erik – "Madness and Civilization in early modern Europe: a reappraisal of Michel Foucault". In After the Reformation. Manchester: Manchester University Press, 1980. pp. 247-265.
MINARD, Michel – Histoire et histoires en psychiatrie. Toulouse: Editions Erès, 1992.
MIRA, M. Ferreira de – História da Medicina Portuguesa. Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade, 1947.
MIRA, M. Ferreira de - História da Fisiologia em Portugal. Lisboa: Instituto Rocha Cabral, 1954.
MISSA, Jean-Noel – Naissance de la Psychiatrie Biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XXe siècle. Paris: Presses Universitaires de France, 2006.
MONIZ, Egas – "Professor Magalhães Lemos". Lisboa Médica. 8 (1931), pp. 548-558.
MONIZ, Egas – "À memória do professor Sobral Cid". Imprensa Médica. Lisboa. Ano VII, nº 9 (1941), pp. 213-215.
MONIZ, Egas - "Abade Faria e o hipnotismo científico". Boletim Geral de Medicina. Série 27. 1-12 (1945), pp. 22-28.
MONIZ, Egas – "Ramon y Cajal (uma doutrina e uma época)". A Medicina Contemporânea. 61: 9 (1948), pp. 331-352; 61:10 (1948), pp. 381-406.
MORA, G. – "The History of Psychiatry: A Cultural and Bibliographical Survey". International Journal of Psychiatry. New York. 2 (1966), pp. 335-356.
MORA, G. – "The Hystory of Psychiatry: Its relevance for the Psychiatrist". Amer. J. Psychiatry. 126:7 (1970), pp. 957-967.
MORA, G.; BRAND J. – Psychiatry and its History. Methodological problems in research. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas publisher, 1970.
MORAIS, José C. C. Telo de - Professor Doutor Elysio de Moura. Justa homenagem. In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 1978. pp. 71-73.
MOURA, Frederico de – Recordando o Prof. Elysio de Moura. In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 1978. pp. 75-78.
MOREIRA, Tiago – José de Matos Sobral Cid. In Dicionário de Educadores Portugueses. Direcção de António Nóvoa. Porto: Asa Editores, 2003.

MUÑOZ CALVO, S. – “El psicofarmaco en el periodo contemporaneo”. in LÓPEZ-MUÑOZ, F.; ÁLAMO, C. – Historia de la Neuropsicofarmacologia. Madrid: Eurobook, 1998, pp.79-106.
NAMORA, Fernando - Professor Elísio de Moura. In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 1978. pp. 79-82.
NARDINI, A. – La costruzione del sintomo mentale nella Scuola di Cambridge. Facoltá di Lettere e Filosofia. Sapienza Universitá di Roma. 2013/2014.
NETO, V. – “Miguel Bombarda e Manuel Fernandes Santana um confronto de Ideias”. In Miguel Bombarda e as Singularidades de uma Época. Coordenação de Ana Leonor Pereira e João Rui Pita. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006. pp. 117- 124.
NOBRE, Carminé – Elísio de Moura. Coimbra: Atlantida, 1948.
OLIVEIRA, Correia de – “Magalhães Lemos”. Anais Portugueses de Psiquiatria. 7:7 (1955), pp. 13-16.
OLIVEIRA, José Fernando Reis de – “Rilhafoles e a acção do Prof. Miguel Bombarda”. Gestão Hospitalar. 1:1 (1983), pp. 69-80.
OLIVEIRA MARQUES, A. H. – Guia de História da 1ª Républica. Lisboa: Editorial Estampa, 1997.
OLIVEIRA MARQUES, A. H. (Coordenador) – “Parlamentares e Ministros da Primeira Républica (1910-1926) ”. Lisboa: Assembleia da Républica, Edições Afrontamento, 2000.
PÁDUA, A. de – Professor Miguel Bombarda. Movimento Médico. 6:20 (1910), pp. 305-309.
PALHA, António Pacheco – Memória: Elísio de Moura, o psicoterapeuta e o humanista. O Médico. Nova série. 83:1348 (1977), pp. 571-573.
PARRY-JONES, W. – The trade in lunacy. A study of private madhouses in England in the eighteenth and nineteenth centuries. London: Rutledge & Kegan Paul, 1972.
PATERSON, D. – A Mad People’s History of Madness. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1982.
PEREIRA, A. L. – “Júlio de Matos: a ciência e a política”. Psiquiatria Clínica, Vol. 4, nº 1 (1983), pp. 49-56.
PEREIRA, A. L. – “A institucionalização da loucura em Portugal". Revista Crítica de Ciências Sociais. Coimbra. nº 21 (1986), pp. 85-100.
PEREIRA, A. L. – Darwin em Portugal. 1865-1914. Filosofia. História. Engenharia Social. Coimbra: Almedina, 2001.
PEREIRA, A. L. – “Um modelo-zénite: a psico-sociologia de Júlio de Matos”. In Darwin em Portugal. 1865-1914. Coimbra: Almedina, 2001. pp. 359-433.
PEREIRA, A. L. – “ Matos, Júlio Xavier de (1856-1922) ”. In: Dicionário de História da I República e do Republicanismo, vol. II. Lisboa: Assembleia da República, 2014. pp. 793-796.
PEREIRA, A. L.; PITA, J. R. – "Ciências". In: História de Portugal sob a direcção de Prof. Doutor José Mattoso, vol. V. Lisboa: Círculo de Leitores, 1993. pp. 652-667.
PEREIRA, A. L.; PITA, J. R. – Miguel Bombarda e as singularidades de uma época. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2006.
PEREIRA, A. L.; PITA, J. R. (coordenação) – “ Introdução”. In Miguel Bombarda e as singularidades de uma época. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2006. pp. 5-6.
PEREIRA, A. L.; PITA, J. R. – Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: CEIS20 da Universidade de Coimbra. I (2010), II (2011), III (2012), IV (2014). CD-ROM.
PEREIRA, A. L.; PITA, J.R., RODRIGUES, R.M. - “Cronologia Selecionada”. In Retrato de Egas Moniz. Lisboa: Círculo de Leitores, 1999. pp. 158-179.
PEREIRA, Denise – “A descida de Luís Cebola ao inferno: um retrato ideológico e clínico da doença mental no Portugal de meados do século XX”. In IV Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Grupo de História e Sociologia da Ciencia e da Tecnologia. CEIS20 da Universidade de Coimbra e SHIS, 2014. pp. 89-97.
PEREIRA, Gregório – "Miguel Bombarda (1851-1910)". O Médico. Nova série. 2:15 (1951), pp. 113.
PEREIRA, J. M. – " Noticiario- I Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatria". Coimbra: Revista Crítica de Ciencias Sociais, nº 42 (1995), pp. 185-187.
PEREIRA, J. M. – "O Professor Sobral Cid na história da psiquiatria portuguesa". Revista da Associação para o Estudo, Reflexão e Pesquisa em Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra. 1:1 (1996), pp. 8-9.
PEREIRA, J. M. – "A propósito de algumas monografias sobre o suicídio em Portugal". Psiquiatria Clínica. Coimbra. 19:4 (1998), pp. 325-330.
PEREIRA, J. M. – "Prefácio". In O delírio do ciúme, Miguel Bombarda. Lisboa: Ulmeiro, 2001. pp. 7-16.
PEREIRA, J. M. – "Prefácio à Edição Portuguesa". In Dementia Praecox, Eugen Bleuler, ou grupo das esquizofrenias. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. pp. 13-19.
PEREIRA, J.M. – Egas Moniz, António Caetano de Abreu Freire. In BYNUM, W. F. & BYNUM, H. – Dictionary of Medical Biography. Vol. 2. London: Greenwood Press, 2007. pp. 451-453.
PEREIRA, J. M. – " A Evolução da Cultura Médica. A Revista de Neurologia e Psiquiatria (1888-1889)”. In Estudos do Século XX. nº 8 (2008). pp. 363-368.

PEREIRA, J. M. – “A Psiquiatria no tempo da I República” In: GARNEL, M. R. L. (Coord.) — Corpo: Estado, Medicina e Sociedade no tempo da I República. Lisboa: Centenário da República. 1910-2010, 2010. pp. 131-137.
PEREIRA, J. M. – “A evolução do pensamento psiquiátrico de António Maria de Sena”. In Luzes e Sombras do Alienismo em Portugal. Actas do 1º Colóquio de História da Psiquiatria do Centro Hospitalar Conde de Ferreira. Porto: Santa Casa da Misericórdia do Porto, 2012. pp. 49-59.
PEREIRA, J. M. – “Classificação e Reconceptualização das doenças na Psiquiatria Portuguesa. A contribuição de Júlio de Matos (1884-1923)”. In Estudos do Século XX. Coimbra: Imprensa da Universidade. nº 12 (2012), pp. 347-364.
PEREIRA, J.M. – "Sobre a Obra de Barahona Fernandes". In Barahona Fernandes. O Modelo da Personalidade e a Psiquiatria. Lisboa: Padrões Culturais, 2013. pp. 17-27.
PEREIRA, J. M. – “Psiquiatria na I República”. In Dicionário de História da I República e do Republicanismo. Volume III. Lisboa: Assembleia da República, 2014. pp. 425-432.
PEREIRA, J. M.; PITA, J.R.; PEREIRA, A. L – “Enfermedades mentales en Portugal: doctrinas, concepciones y terapéuticas en la Primera República (1910-1926) ”. In: La experiencia de enfermar en perspectiva histórica. Granada: Editorial Universidad de Granada, 2008. pp. 473-477.
PEREIRA, Rocha – "Magalhães Lemos". Anais Portugueses de Psiquiatria. Lisboa. 7:7 (1955), pp. 44-48.
PICHOT, P. – "La Neurasthenie, hier et aujourd'hui". Paris. L' Encephale. XX, (1994), pp. 545-549.
PICHOT, P. – "The diagnosis and classification of mental disorders in French-speaking countries: background, current views and comparison with other nomenclatures". Psychological Medicine, nº 12 (1982), pp. 475-492.
PICHOT, P.; FERNANDES, H. Barahona — Um século de Psiquiatria em Portugal e a Psiquiatria em Portugal. Lisboa: Roche Farmacêutica Química, Lda, 1984. 365 pp.
PIGEAUD, J. – Aux Portes de la Psychiatrie. Pinel, l’Ancien et le Moderne. Paris: Aubier, 2001.
PINA, Luís de – "História da psiquiatria forense no Porto (Breve contribuição) ". O Médico. Nova série. 3:226 (1955), pp. 1375-1384.
PINA, Luís de – "Magalhães Lemos". Anais Portugueses de Psiquiatria. 7:7 (1955), pp. 5-12.
PINA, Luís de - "Raízes brasileiras da organização hospitalar psiquiátrica portuense — A ‘Reitoria’ do Rio de Janeiro e o Hospital do Conde de Ferreira do Porto". In IV Congresso das Misericórdias: resumos das teses e comunicações. Lisboa.(1958), pp. 94-95.
PINA, Luís de – "Três momentos vitais de Júlio de Matos". Imprensa Médica. 22:1 (1958), pp. 1-15; 22:2 (1958), pp. 75-99.
PINA, Luís de – Histoire de la Medicine Portugaise. Porto: Enciclopédia Portuguesa,1934.
PINTO, F. – "Contribuição para a história das ciências neurológicas em Portugal". Boletim da S.P.N. nº 7 (1995), pp. 2-5.
PINTO, F. – Historia das Neurociências em Portugal. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neurologia, 2012.
PITA, J. R. – História da Farmácia. Coimbra: Minerva, 1998. 1ª ed.,
PITA, J. R. – "A Farmácia em Portugal: de 1836 a 1921. Introdução à sua história. Parte I. Ensino farmacêutico e saúde pública — formação e actividade dos farmacêuticos portugueses". Revista Portuguesa de Farmácia. 49 (1) Jan.-Mar., (1999), pp. 11-20.
PITA, J. R. – "A Farmácia em Portugal: de 1836 a 1921. Introdução à sua história. Parte II. Exercício profissional, industrialização do medicamento e literatura farmacêutica" Revista Portuguesa de Farmácia. 49 (2) Abr.-Jun., (1999), pp. 61-70.
PITA, J.R. – “Filatelia - Os 150 anos de Miguel Bombarda". Revista da Ordem dos Farmacêuticos. 46 (2002), pp. 36-37.
PITA, J. R. – “Sanitary normalisation in Portugal: pharmacies, pharmacopeias, medicines and pharmaceutical practices (19th-20th Centuries)”. In: Abreu, L., ed. European Health and Social Welfare policies. Brno: Compostela Group of Universities/PhoenixTN, European Thematic Network on Health and Social Welfare Policies/Brno University of Technology-Vutium Press, 2004. pp. 434-53.
PITA, J. R. – “Práticas científicas à volta de 1900: química, microbiologia e saúde pública em Portugal”. In: A natureza as suas histórias e os seus caminhos. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2006. pp. 39-51.
PITA, J. R. – “A Escola de Farmácia de Coimbra entre 1902 e 1911: as relações entre médicos e farmacêuticos”. Cadernos de Cultura. A Medicina na Beira Interior. Da Pré-História ao Século XXI. Castelo-Branco: 21 (2007), pp. 134-137.
PITA, J. R. – A Escola de Farmácia de Coimbra (1902-1911). Coimbra: Imprensa da Universidade, 2009.
PITA, J. R. – “A Farmácia no Hospital de Rilhafoles. I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental. Coimbra: Edição CEIS20-Grupo de História e Sociologia da Ciência, 2010.
PITA, J. R. – "A Farmácia na I República". In: GARNEL, M. R. L. (Coord.) — Corpo: Estado, Medicina e Sociedade no tempo da I República. Lisboa: Centenário da República, 1910-2010, 2010. pp. 85-96.

PITA, J. R. – “Uma proposta de formulário de medicamentos em Rilhafoles". I Jornadas de História da Psiquiatria e Saúde Mental, Coimbra: GHSC-CEIS20, 2010. pp. 65-71.
PITA, J. R. – “A farmácia no Hospital de Rilhafoles. Estudo de caso do Formulário Especial dos Medicamentos para o Hospital de Alienados em Rilhafoles (1901) ”. In Luzes e Sombras do Alienismo em Portugal. Actas do 1º Colóquio de História da Psiquiatria do Centro Hospitalar Conde de Ferreira. Porto: Santa Casa da Misericórdia do Porto, 2012. pp. 81-104.
PITA, J. R., PEREIRA, A. L. – “A História da farmácia em Portugal: o estado da arte – o projecto interdisciplinar do CEIS20”. In PITA, J. R.; PEREIRA, A. L. (coord.) – Rotas da Natureza. Cientistas, viagens, expedições e instituições. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2006. pp. 79-88.
POLÓNIO, Pedro – "Centenário de Kraepelin". Anais Portugueses de Psiquiatria. 7:7 (1955), pp. 142-148.
POLÓNIO, Pedro – "O centenário de Kraepelin". Jornal do Médico. 31:717 (1956), pp. 299-301.
POLÓNIO, Pedro – "O homem doente; sua evolução biocultural". Anais Portugueses de Psiquiatria. 12:12 (1960), pp. 158-169.
POLÓNIO, Pedro – "Perspectiva histórica da personalidade na psicologia e na psiquiatria". O Médico. Nova série. 55:973 (1970), pp. 321-331.
POLÓNIO, Pedro – "Psiquiatria, antipsiquiatria e medicina". O Médico. Nova série. 66:1114 (1973), pp. 50-61.
POLÓNIO, Pedro – "Egas Moniz e a terapêutica psiquiátrica". O Médico. Nova série. 73:1212 (1974), p. 435.
PORTER, R. – A Social History of Madness. Stories of the Insane. London: Weidenfeld and Nicolson, 1987.
PORTER, R. – The Faber Book of Madness. London: Faber and Faber, 1991.
PORTER, R. – Madness: a brief history. Oxford; New York: Oxford University Press, 2002.
PORTER, R.; TEICH, M. – Sexual Knowledge, Sexual Science. The History of Attitudes to Sexuality. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
POSTEL, J. – La Psychiatrie. Paris: Larousse, 1994.
POSTEL, J. – Genèse de la Psychiatrie. Les premiers écrits de Philippe Pinel. Paris: Le Sycomore, 1981.
POSTEL, J. – Éléments pour une Histoire de la Psychiatrie Occidentale. Paris: L’Harmattan, 2007.
POSTEL, J., QUÉTEL, C. – Nouvelle Histoire de la Psychiatrie. Toulouse: Privat, 1983.
PRÉVOST, C. M. – La psycho-philosophie de Pierre Janet. Paris: Payot, 1973.
QUÉTEL, Claude – Le Mal de Naples. Histoire de la syphilis. Paris: Seghers,1986.
QUÉTEL, Claude – Histoire de la folie de l'Antiquité á nos jours. Paris: Tallandier, 2009.
QUÉTEL, Claude; MOREL, P. - Les fous et leurs médecines de la Renaissance au XXe siècle. Hachette, 1979.
QUINTAIS, Luís - "O teatro da destruição e da verdade e a psiquiatria portuguesa na transição do século XIX". Revista de História das Ideias. Coimbra. 23 (2002), pp. 365-387.
RAMOS, Vítor - "Magalhães Lemos". Anais Portugueses de Psiquiatria. 7:7 (1955). pp. 40-43.
REGO, A. - Egas Moniz visto por um condiscípulo. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1939.
REIS, António - "Irracionalismos". In As grandes correntes políticas e culturais do Século XX. Lisboa: Ed. Colibri, 2003. pp. 95-111.
RIBEIRO, F. de Almeida – “Elísio de Moura”. Coimbra Médica. Coimbra. vol. XIV, nº 8 (1947). Separata.
RICO, J. Toscano — O Professor Elysio de Moura. In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 1978. pp. 83-84.
RIESE, W. – "The impact of nineteenth century thought on psychiatry". International Record of Medicine. nº 173 (1960), pp. 7-19.
RITVO, L. – Darwin’s influence on Freud: A Tale of two Sciences. New Haven: Yale University Press, 1990.
RODRIGUES, Manuel Augusto. – Memoria Professorum Universitatis Conimbrigensis (1772-1937). Vol.II. Coimbra: Arquivo da Universidade de Coimbra, 1992.
ROF CARBALLO, J. – Formulário Clinico Labor. Barcelona: Editorial Labor S. A.,1958.
ROQUE, Maria Helena Neves – Positivismo e visibilidade na obra de Egas Moniz (1874-1955). Lisboa: 2002. (Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa — Mestrado em História e Filosofia da Ciência).
ROSEN, G. – Madness in Society – Chapters in the Historical Sociology of Mental Illness. New York: Harper & Row, 1968.
ROSEN, G. – A history of public health. Baltimore: John Hopkins University Press, 1993.
ROSEN, G. – “Sanidad publica y salud mental” In Locura y Sociedad. Sociologia histórica de la enfermedad mental. Madrid: Alianza, 1974.
ROTHMAN, David – The Discovery of the Asylum. Boston: Little Brown, 1971.
ROUDINESCO, E.; PLON, M. – Dicionário de Psicanálise. Lisboa: Editorial Inquérito, 2000.
SAGARRA, José Solé – Psiquiatria antiga e moderna. Jornal do Médico. 30:708 (1956), pp. 782-787.
SALDANHA, Aleu – Prof. Elysio de Moura. Primeiro Bastonário da Ordem dos Médicos. In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 1978. pp. 85-91.

SANTOS, Luís Duarte – Mestre Elysio de Moura. Aspectos da vida do médico, do professor e do psiquiatra legista. In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 1978.
SARAIVA, Carlos – "Antero de Quental: a propósito do centenário do suicídio do poeta açoreano". Psiquiatria Clínica. Coimbra. 12:1 (1991), pp. 55-64.
SARGANT, W., SLATER, E. – Métodos Somáticos de Tratamiento en Psiquiatria. Madrid: Espasa – Calpe, 1947.
SAURI, J. – Las Histerias. Buenos Aires: Nueva Visión, 1984.
SAURI, J. – Historia de las Ideas Psiquiátricas. El naturalismo psiquiátrico. Buenos Aires: Lohlé - Lumen, 1996.
SAURI, J. – Historia de las Ideas Psiquiátricas. La crisis de la psiquiatria. Buenos Aires: Lohlé – Lumen, 1997.
SCHWARTZ, Leonard – Les névroses et la psychologie dynamique de Pierre Janet. Paris: Presses Universitaires de France, 1955.
SCULL, A. – Museums of Madness: The social organization of insanity in nineteenth-century England. London: Allen Lane, 1979.
SCULL, A. – "Psychiatry and its historians". History of Psychiatry. London: Sage. Vol.2 (1991), pp. 239-250.
SCULL, A. – "Psychiatry and social control in the nineteenth and twentieth centuries". History of Psychiatry. London: Sage, Vol. 2, (1991), pp. 149-169.
SCULL, A. – Madness in Civilization. A cultural history of insanity from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine. London: Thames & Hudson, 2015.
SEABRA-DINIS, J. - "Miguel Bombarda, homem da sua época". A Medicina Contemporânea. 70:3 (1952), pp. 185-196.
SEABRA-DINIS, J. – "O positivismo na vida e na obra de Júlio de Matos". Anais Portugueses de Psiquiatria. 8:8 (1956), pp. 46-86.
SEABRA-DINIS, J. – "Raízes sociais e integração histórica da psicanálise". Jornal do Médico. 31:726 (1956), pp. 791-795.
SEABRA-DINIS, J. – "A revolução psiquiátrica contemporânea". Anais Portugueses de Psiquiatria. 11:11 (1959), pp. 50-60.
SEABRA-DINIS, J. – "O Abade Faria". Anais Portugueses de Psiquiatria. 12:12 (1960), pp. 176-179.
SEABRA-DINIS, J. – "Neuropsiquiatras portugueses". In Perspectiva Humana I. Lisboa: Portugália Editora, 1966. pp. 11-95.
SEABRA-DINIS, J. – "Miguel Bombarda, homem da sua época". In Perspectiva Humana I. Lisboa: Portugália Editora, 1966. pp. 13-36.
SEABRA-DINIS, J. – "O Positivismo na vida e na obra de Júlio de Matos". In Perspectiva Humana. Lisboa: Portugália Editora, 1966. pp. 57-95.
SEDGWICK, P. – "Michel Foucault: The anti-history of psychiatry". Psychological Medicine. n. II (1981), pp. 235-248.
SERRA, Adriano Vaz – "Egas Moniz: análise histórica da sua contribuição para a psiquiatria". Publicações do Museu Nacional da Ciência e da Técnica. 4 (1974), pp. 71-83.
SERRA, Adriano Vaz – "Elysio de Moura. Anotações sobre a sua vida e obra". In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 1978. pp. 1-23.
SERRA, Adriano Vaz – Elysio de Moura. Primeiro Bastonário da Ordem dos Médicos. In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 1978. pp. 93-97.
SERRA, Augusto Vaz – Elísio de Moura. O Professor, o Clínico e o Homem. In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 1978. pp. 99-107.
SHORTER, E. – A History of Psychiatry.from the era of the asylum to the age of prozac. New York: John Wiley and Sons.1997.
SHORTER, E. – Historical Dictionary of Psychiatry. New York: Oxford University Press, 2005.
SILVA, Barros e – "Notas e anedotas [a propósito de Miguel Bombarda]". Médicos Portugueses. 1:4 (1925), pp. 150-166.
SILVA, Barros e – "Notas e anedotas [a propósito de Sousa Martins]". Médicos Portugueses. 1:3 (1926), pp. 103-118.
SILVA, Barros e – "Notas de bibliografia sobre Sousa Martins". Médicos Portugueses. 1:1(1926), pp. 119-120.
SILVA, Barros e – "Escritos de Miguel Bombarda". Notas de bibliografia sobre Miguel Bombarda. Médicos Portugueses. 1:4 (1927), pp. 166-178.
SILVA, João C. Azevedo e – "Ensaios sobre um processo histórico da psiquiatria". Saúde Mental. 7:26 (1975), pp. 9-30.

SILVA, João C. Azevedo e – "Ensaios sobre um processo histórico da psiquiatria". Análise Psicológica. 3 (1981), pp. 327-339.
SOEIRO, Luís Navarro – "Júlio de Matos: sua personalidade e alguns aspectos da sua obra". Anais Portugueses de Psiquiatria. 8:8 (1956), pp. 38-45.
SOEIRO, Luís Navarro – "Júlio de Matos: sua personalidade e alguns aspectos da sua obra". Portugal Médico.Vol. 47:1, (1957), pp. 1-9.
SOUSA, A. Tavares de – "Elysio de Moura, valor nacional". In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 1978. pp. 109-112.
SOUSA, António Almeida de – "Prof. Doutor Elysio de Moura. A vida quase centenária de um homem extraordinário". In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 1978. pp. 121-126.
SOUSA, Armando Tavares de – "Egas Moniz, Escolar e Doutor da Universidade de Coimbra".In PEREIRA, A. L.; PITA, J. R. (Org.) – Egas Moniz em livre exame. Coimbra: Minerva, 2000. pp. 69-94.
SOUSA, Bráulio de Almeida e – "Rumos da psiquiatria portuguesa nos últimos 50 anos — algumas notas sobre o contexto histórico, as instituições e os homens que os conduziram". Anais Portugueses de Saúde Mental. 1:1 (1985), pp. 141-180.
STAROBINSKI, J. – Histoire du traitement de la mélancolie des origines à 1900. Basle: Acta psychosomatica, Documenta Geigy, 1960.
STENGEL, E. – "Hughlings Jackson's Influence in Psychiatry". Brit. J. Psychiat. 109, (1963), pp. 348-355.
SZASZ, T. – The Myth of Mental Illness: New York, Paul B. Hoeber, 1961.
SWAIN, G. - Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie. Paris: Privat, 1977.
SWAIN, G. – "L'aliéné entre le médecin et le philosophe". Perspective psychiatriques. nº 65 (1978), pp. 90-99.
SWAIN, G. – Dialogue avec l'insensé. Paris: Gallimard, 1994.
TELES, João – "História do Hospital do Conde de Ferreira". Perspectivar. 1:0 (1994), pp. 3-4.
TEMKIN, O. – The Falling Sickness. A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology. Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1971. (2ªed.)
TORT, Patrick – Dictionnaire du Darwinisme et de l'Evolution, 3 volumes, Paris: Presses Universitaires de France (P.U.F.), 1996.
TOURNEY, G. – "A History of Therapeutic Fashions in Psychiatry, 1800-1966". American Journal of Psychiatry. 124, 6 (1967), pp. 784-796.
TRILLAT, E. – Histoire de L'Hystérie. Paris: Editions Seghers, 1986.
VALLE, Fernando – "Doutor Elysio de Moura". In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 1978. pp. 113-115.
VIANA, Gaspar Simões – "Lembrando uma polémica [Polémica entre Miguel Bombarda e o Padre Manuel Fernandes Santana]". Paróquia Nova. 1:4 (2001).
VIDAL,G.; ALARCON R.; LOLAS,F. – Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1995.
VINHAL, Lino – "O Doutor Elysio de Moura e a Casa da Infância". In Elísio de Moura. Vida e obra. Testemunhos. Coimbra: Comissão Executiva da Homenagem Nacional ao Prof. Doutor Elísio de Moura, 1978. pp. 127-130.
WALLACE, E.; GACH, J. – History of Psychiatry and Medical Psychology. New York: Springer, 2008.
WALLACE, Edwin R. IV; PRESSLEY, Lucius C. – "Selected Readings in the History of Psychiatry and its Background". In Essays in the History of Psychiatry. A tenth anniversary supplement volume to the Psychiatric Forum. South Carolina: Hall Psychiatric Institute, 1980.
WEINER, D. B. – Comprendre et soigner, Philippe Pinel (1745- 1826). Paris: Fayard, 1999.
WERLINDER, H. – Psychopathy: A History of the Concepts. Analysis of the origin and development of a family of concepts in psychopathology. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, 1978.
WESSELY, S. "Neurasthenia and Fatigue Syndromes". In BERRIOS, G. E.; PORTER, R. – A History of Clinical Psychiatry. The Origin and History of Psychiatric Disorders. London: Athlone Press, 1995, pp.509-532.
WILDE, C.B. – "Historiografia whig". In BYNUM, BROWNE, PORTER – Diccionario de historia de la ciencia. Barcelona: Editorial Herder, 1986. pp. 295-296.
ZALOSZYC, A. – Elements d'une histoire de la theorie des degenerescences dans la psychiatrie française. Strasbourg: Faculté de Medecine de Strasbourg, 1975. (Thèse).
ZILBOORG, G. – A History of Medical Psychology. New York: Norton, 1941.

9. CRONOLOGIA

1876
António M. de Sena apresenta a dissertação de concurso *Delirio nas moléstias agudas* na Universidade de Coimbra.

1877
Miguel Bombarda, *Do delírio das perseguições.*
Miguel Bombarda, *Dos hemisferios cerebrais e suas funcções psiquicas.*

1878
Publicação da revista *O Positivismo* (1878-1882), dirigida por Teófilo Braga e Júlio de Matos.

1880
Laveran descobre o parasita da malária.
Oliveira Martins, *Elementos de antropologia*.
Miguel Bombarda apresenta a dissertação de concurso, *Das distrofias por lesão nervosa. Esboço da patogenia.*
Júlio de Matos, *Patogenia das alucinações*
Júlio de Matos, *As Alucinações. Estudo medico-psicologico*
Júlio de Matos inicia a publicação de *História Natural Ilustrada*. 6 volumes (1880-1882).

1881
Sai o primeiro número da revista *Coimbra Médica*, dirigida por Augusto Rocha.

1882
W. Griesinger, *Mental Pathology and Therapeutics* (2ª ed.).
A. Magalhães Lemos, *A região psicomotriz. Apontamentos para contribuir para o estudo da sua anatomia.*

1883
Abertura do Hospital do Conde de Ferreira, dirigido por António Maria de Sena
Início da publicação de *A Medicina Contemporanea*, revista fundada por Manuel Bento de Sousa, Sousa Martins e Miguel Bombarda.
.

1884
A revista *Ilustração Portuguesa* inicia a sua publicação.
António M. de Sena, *Os Alienados em Portugal. I. Historia e Estatística*.
Júlio de Matos, *Manual das Doenças Mentais.*

1885
António M. de Sena,*Os Alienados em Portugal. II. Hospital do Conde de Ferreira.*

1886
Institucionalização do Gabinete de Microbiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
H. Schüle, *Tratado Clinico das Doenças Mentais*. (3ª ed.).
Magalhães Lemos, *Visite Psychiatrique à la Colonie de Gheel*.
Basílio Freire, *Estudos de Antropologia Patologica - Os Degenerados.*
António M. de Sena, *Benefícios sociais do Hospital do Conde de Ferreira no 1º trienio.*

1887
Hertz descobre as ondas electromagnéticas.
J.-M. Charcot, *Leçons du Mardi à la Salpêtrière. 1887-1888.*
C. Lombroso, *O Homem Delinquente* (2ª ed. francesa).
António M. de Sena, *Relatório do Serviço Médico e Administrativo do Hospital do Conde de Ferreira relativo ao primeiro biénio (1883-1885).*

1888
J. Luciano de Castro elabora o Relatório e Proposta de Lei para a Organização da Hospitalização dos Alienados.
A. Bettencourt Rodrigues edita *A Revista de Neurologia e Psiquiatria*. (1888-1889).
.
1889
Falecimento do rei D. Luis.
Início do reinado de D. Carlos.
Ramon y Cajal, *Manual de histologia normal e técnica micrográfica*.
J.-M. Charcot, *Leçons du Mardi à la Salpêtrière. 1888-1889.*
H. Bergson, *Ensaio sobre os dados imediatos da consciência*.
Pierre Janet, *L'Automatisme Psychologique*.
Basílio Freire, *Estudos de Antropologia Patologica – Os Criminosos*.
Júlio de Matos, *A loucura. Estudos clínicos e medico-legais*.
A. Magalhães Lemos, *A Paralisia Geral. Contribuição ao estudo da sua histologia e fisiologia patologica.*

1890
B. Ball, *Leçons sur les maladies mentales (2ª ed.).*
J. Hughlings Jackson, *Lectures on convulsive seizures*, síntese dos seus trabalhos neste domínio.
A. Magalhães Lemos faz a Lição de Abertura do Curso Clínico de Doenças Mentaes e Nervosas no Hospital do Conde de Ferreira.

1891
Congresso do Partido Republicano.
Primeira tentativa para a implantação da República no Porto.
Publicação da encíclica papal *Rerum Novarum*, pelo Papa Leão XIII.
H. Bernheim, *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie. Études nouvelles.*
Miguel Bombarda, *Traços de Fisiologia Geral e de Anatomia dos Tecidos.*
.
1892
Nomeação de M. Bombarda como director do Hospital de Rilhafoles.
D. H. Tucke, *A Dictionary of Psychological Medicine. I, II.*
Júlio de Matos, *Alucinações e Ilusões. Ensaio de Psicologia mórbida.*

1894
Yersin descobre o bacilo da peste.
Descoberta da adrenalina.
Falecimento de Brown Sequard.
Ramón y Cajal, *Textura do sistema nervoso do Homem e dos vertebrados.*
Miguel Bombarda, *Contribuição para o estudo dos microcefalos*.
Miguel Bombarda, *O Hospital de Rilhafoles e os seus serviços em 1892-1893.*

1895.
Surgimento do cinema através dos irmãos Lumière.
Descoberta dos raios X por Roentgen
Ronald Ross descobre a transmissão do paludismo.
Falecimento de Louis Pasteur.
H. Maudsley, *The Pathology of Mind.(*reed. 3ª ed. 1879).
V. Magnan; Legrain, P., *Les Dégénérés. État Mental et Syndromes Épisodiques*.
R. Krafft-Ebing, *Psychopathia Sexualis*.(8ª ed.).
Jules Séglas, *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses* (Salpêtrière 1887-1894).
S.Freud; J.Breuer, *Estudos sobre a histeria.*
P. Chaslin, *La Confusion Mentale Primitive*.

1896
H. Bergson, *Matéria e Memória.*
Miguel Bombarda, *Lições sobre a Epilepsia e as Pseudo-epilepsias*
Miguel Bombarda, *O Delírio do Ciúme*.

1897
E. Durkheim, *O Suicídio. Estudo de Sociologia*.
V. Magnan, *Leçons cliniques sur les maladies mentales faites à l'asile clinique (Sainte-Anne).*
Jules Séglas, *Le Délire de négations. Séméiologie et diagnostic.*
R. Krafft-Ebing, *Tratado Clinico de Psiquiatria. (5ª ed.).*

1898
Miguel Bombarda, *Estudos Biológicos. A Consciência e o Livre Arbítrio*.
Júlio de Matos, *A Paranoia. Ensaio patogenico sobre os delírios sistematisados.*

1899
Introdução da aspirina na medicação.
Epidemia de peste bubónica no Porto.
Falecimento de Câmara Pestana.
E. Haeckel, *Os Enigmas do Universo*.
E. Kraepelin, *Psiquiatria* (6ª edição).

1900
Redescoberta das leis de Mendel.
S.Freud, *A Interpretação dos Sonhos*
Miguel Bombarda, *A Ciencia e o Jesuitismo. Réplica a um Padre Sábio*.

1901
Prémio Nobel de Medicina ou Fisiologia para E. Behring pelos estudos realizados na descoberta das antitoxinas do tétano e difteria.
Prémio Nobel da Física para W.C.Roentgen.
Falecimento do higienista M.Von Pettenkoffer.
Falecimento de Augusto Rocha, professor e director da Coimbra Médica.
S. Freud, *Psicopatologia da Vida Quotidiana*.
Edição do Formulário dos Medicamentos para o Hospital Nacional e Real de S. José e annexos.
Egas Moniz, *A Vida Sexual I – Fisiologia*.
Eduardo Motta, *Licções de Pharmacologia e Therapeutica Geraes* (3ª edição).

1902
Congresso do Partido Republicano em Coimbra.
Prémio Nobel de Medicina ou Fisiologia para Ronald Ross pela descoberta do ciclo de vida do parasita causador da malária.
Falecimento de Rudolf Virchow.
Sobral Cid, Elísio de Moura e Egas Moniz são nomeados lentes substitutos da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
A.Pitres; E. Régis, *Les Obsessions et les Impulsions*.
J. Sobral Cid, *Demografia e Higiene*
Egas Moniz, *A Vida Sexual II – Patologia*.

1903
Estudos sobre reflexos condicionados por Pavlov.
Falecimento de Herbert Spencer.
G. Ballet, *Traité de Pathologie Mentale.*
Magalhães Lemos, *Évolution des idées delirantes dans quelques cas de mélancolie chronique à forme anxieuse.*

1904
Prémio Nobel de Medicina e Fisiologia para I. Pavlov.
Herbert Spencer, *Da Liberdade á Escravidão*, com tradução e prefácio de Júlio de Matos.
Paul Dubois, *Les psychonévroses et leur traitement moral*.
R. Garofalo, *A Superstição Socialista*, na versão portuguesa prefaciada por Júlio de Matos.

1905
A.Einstein estabelece a teoria da relatividade restrita.

Descoberta do veronal.
Prémio Nobel de Medicina ou Fisiologia para Robert Koch.
Descoberta do Treponema Pallidum, agente da sífilis, por Schaudinn.
S.Freud, *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*.
E. Tanzi, *Tratado das Doenças Mentais.*

1906
Luiz Cebola, *A mentalidade dos epilepticos.*
A. Magalhães Lemos, *Perte de la vision mentale des objets (Formes et couleurs) dans la Mélancolie Anxieuse.*

1907
J. Sobral Cid profere a Oração de Sapiência na Universidade de Coimbra.
C. G. Jung, *Psicologia da Demencia Precoce.*
H. Bergson, *A Evolução Criadora*.
A. Magalhães Lemos, *Assistence des Aliénés en Portugal*.
Victor Ribeiro, *História da Beneficência Pública em Portugal*.

1908
Golpe revolucionário que tentou derrubar a monarquia (28 de Janeiro).
Assassinato do rei D. Carlos.
D.Manuel II novo rei de Portugal.
E. Haeckel,*Os Enigmas do Universo* (edição portuguesa).
Teófilo Braga, *Sistema de sociologia*.
Júlio de Matos, *Os Alienados em Portugal. Assistência- Legislação- Ensino da Psiquiatria.*
.
1909
E. Kraepelin, Psiquiatria. (8ª edição, 1º vol.; 2º vol.1910; 3º vol. 1913; 4º vol. 1915).
P. Janet, *Les névroses*.
P. Serieux; J. Capgras,- *Les Folies Raisonnantes, le délire d'interpretation*.
M. Bombarda elabora Projecto de Lei de protecção dos Alienados.

1910
Assassinato de Miguel Bombarda.
Implantação da República.
Exílio da família real.
Governo provisório presidido por Teófilo Braga.
Falecimento de Robert Koch.
Paul Ehrlich introduz o Salvarsan na terapêutica.
Júlio de Matos organiza Curso Clínico de Doenças Mentais e Nervosas, Conferências.
Jaime Cortesão, *A Arte e a Medicina. Antero de Quental e Sousa Martins.*

1911
Manuel de Arriaga eleito Presidente da República.
João Chagas presidente do primeiro governo constitucional.
Eleição da Assembleia Constituinte e aprovação da Constituição da República.
Fundação das Universidades de Lisboa e do Porto.
Criação das cadeiras de Clinica Neurológica, Clinica Psiquiátrica e o curso de Psiquiatria Forense nas três Faculdades de Medicina, com transferência para Lisboa de J. de Mattos, E. Moniz e S. Cid.
Cisão no Partido Republicano.
Descoberta do luminal.
Falecimento de Francis Galton.
Alexis Carrel desenvolve estudos sobre cultura de tecidos fora do organismo.
Júlio de Matos, Curso de Psiquiatria, 1911-1912.
E. Bleuler, *Dementia Praecox ou Grupo das Esquizofrenias*.
A. Marie, *Traité International de Psychologie Pathologique.*(2º volume).
J. Déjerine; E. Gauckler, *Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses et leur traitement par la psychothérapie.*
Júlio de Matos, *Elementos de Psiquiatria*.

Júlio de Matos, *Assistencia aos Alienados em Portugal*, com legislação e criação de novos manicómios e colónias agrícolas.
A. Magalhães Lemos, *Hallucinations unilatérales de l'ouïe*.

1912
Descoberta da vitamina C.
Início de guerra nos Balcãs.
Fundação do Partido Republicano Evolucionista, presidido por António José de Almeida.
Fundação do partido União Republicana, presidido por Brito Camacho.
Philippe Chaslin, *Elements de Semiologie et Clinique Mentales.*
S.Freud, *Totem e Tabu.*
Egas Moniz, *Lição de abertura do Curso de Neurologia*.
A. Magalhães Lemos, *Curso de Psiquiatria. Lição de abertura. Relações da Psicologia com a Neurologia.*

1913
Karl Jaspers, *Psicopatologia Geral*.
G. Genil-Perrin, *Histoire des origines et de l'evolution de l'idée de dégénérescence en Médecine Mentale*.
Noguchi e Moore descobrem o treponema no córtex cerebral dos paralíticos gerais.

1914
Ínicio da Primeira Guerra Mundial.
E. Régis, *Précis de Psychiatrie* (5ª edition).
E. Régis; A. Hesnard, *La psychanalyse des nevroses et des psychoses*.
Júlio de Matos, *A Loucura. Estudos Clínicos e Médico-Legais.* (2ª edição ampliada).
Egas Moniz, *As novas ideias sobre o hipnotismo*.
Elísio de Moura, professor de Neurologia em Coimbra, acumula o ensino da Psiquiatria.

1915
Publicação da revista Orfeu.
Egas Moniz, *As bases da Psychoanalise*.

1916
Eugen Bleuler, *Tratado de Psiquiatria.*
F.de Saussure, *Cours de Linguistique Générale.*
S. Freud, *Introdução à Psicanálise*.
Alberto Brochado, *Os efeitos psychophysiologicos da música e o valor da melotherapia*

1917
Wagner von Jauregg preconiza a malarioterapia no tratamento da paralisia geral.
J. Babinski; J. Froment, *Hystérie-Pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe en Neurologie de Guerre*.
Egas Moniz, *A Neurologia na Guerra.*

1919
Falecimento de Haeckel.
P. Janet, *Les médications psychologiques*.

1921
Ernst Kretschmer, *Constituição e carácter.*
Egas Moniz, *O Conflito Sexual.*
F. Pulido Valente, *Paralisia Geral*.

1922
Jakob Klaesi utiliza em psiquiatria a terapêutica pelo sono prolongado.
Falecimento de Júlio de Matos.
Alberto Brochado, *A patologia da linguagem e da percepção.*
Alberto Brochado, *O Delírio Histérico*.
A.Bettencourt Rodrigues, *Medicina e Médicos*.

1923

Pierre Janet, *La Médecine Psychologique*.
J. Sobral Cid, *Clínica das perturbações da memória*.
J. Sobral Cid, *Psicoses Sintomaticas das Doenças Infecciosas Agudas*.
Reedição de *Elementos de Psiquiatria* de Júlio de Matos.

1924
J. Sobral Cid, *A vida psíquica dos esquizofrénicos*
J. Sobral Cid, *Classificação e sistemática geral das psicoses.*
Egas Moniz, *Júlio Dinis e a sua obra.*

1925
Ernest Dupré, *Pathologie de l'imagination et de l'emotivité.*
J. Sobral Cid, *A Clínica Psiquiátrica de Lisboa (Manicómio Bombarda).*
J. Sobral Cid, *O Professor Miguel Bombarda. A sua carreira e a sua obra de alienista*.
Egas Moniz, *O Padre Faria na História do Hipnotismo.*
Luiz Cebola, *Almas Delirantes.*
A. Magalhães Lemos, *A Psiquiatria e a Neurologia no Porto. História e estado actual do seu ensino.*

1926
Instauração da ditadura militar em Portugal.
Falecimento de Kraepelin.
S. Freud, *Inibição, Sintoma e Angústia*.
Luiz Cebola, *Historia dum louco. Analisada sob o aspecto psico-clinico*.

1927
Atribuição do Prémio Nobel da Medicina e Fisiologia a J. Wagner von Jauregg.
Eugene Minkowski, *La schizophrénie. Psychopathologie des schizoides et des schizophrénes*.
Elísio de Moura, Discurso em Homenagem ao Prof. Magalhães Lemos.
Alberto Brochado, *Psicose Alucinatória Crónica.*
Alberto Brochado, *Um caso de Paranoia*.
J. Sobral Cid, *Reforma e actualização da Assistência Psiquiátrica em Portugal. (1927-1928).*
Egas Moniz realiza a primeira arteriografia cerebral.

1928
Alexander Fleming descobre a penicilina.
C. V. Monakow, R. Mourgue, *Introduction Biologique à L'Étude de la Neurologie et de la Psychopathologie*.
Alberto Brochado, *As Alucinações segundo Clérambault*.
Alberto Brochado, *O Síndrome dos Sósias.*